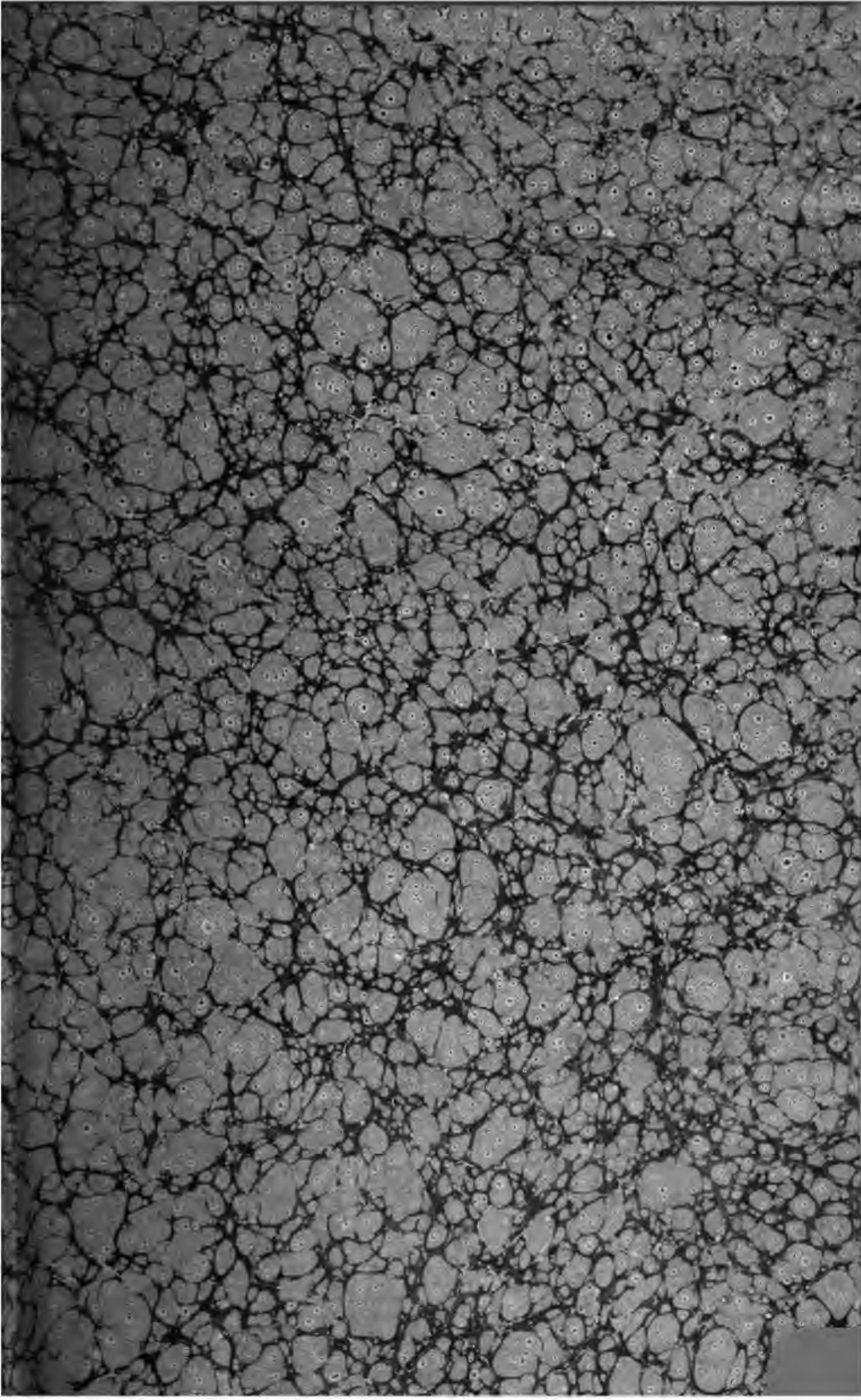


COUNTWAY LIBRARY
HC 1GDE U



HISTOIRE NATURELLE

DE

LA SYPHILIS

PUBLICATIONS DE M. LE Dr P. DIDAY.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON

Publiant les actes de la Société impériale de médecine et de la Société des sciences médicales.

Ce journal paraît les 1er et 16 de chaque mois, par numéros de 24 pages in-4° à 2 colonnes. Le prix de l'abonnement annuel est de 17 fr. pour la France, et pour l'Étranger selon les tarifs postaux. — On s'abonne à Lyon, chez M. VINGTRINIER, imprimeur, rue Belle-Cordière, 14; et à Paris, chez P. ASSELIN, libraire, place de l'École-de-Médecine.

DE LA SYPHILIS DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS A LA MAMELLE

Paris, 1854, in-8. . . . . 7 fr.

EXPOSITION CRITIQUE ET PRATIQUE DES NOUVELLES DOCTRINES SUR LA SYPHILIS

Suivie d'un essai sur de nouveaux moyens préservatifs des maladies vénériennes. *Paris*, 1858. 1 vol. in-18 jésus de 560 pages. 4 fr.

DÉFENSE DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Paris et *Lyon*, 1859, in-8 de 56 pages. . . . . 1 fr. 50

En collaboration avec M. le docteur Rollet :

ANNUAIRE DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES DE LA PEAU

Contenant : 1° une série de travaux originaux, 2° l'analyse critique détaillée des ouvrages et articles de journaux parus dans l'année sur les maladies vénériennes et les maladies cutanées. *Paris* et *Lyon*, 1859, in-8 de 400 pages . . . . 4 fr.

Paris. — Imp. W. Remquet, Goupy et Ce, rue Garancière, 5.

HISTOIRE NATURELLE

DE

LA SYPHILIS

LEÇONS PROFESSÉES

A L'ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EN MARS 1863

PAR LE Dr P. DIDAY

EX-CHIRURGIEN EN CHEF DE L'ANTIQUAILLE

RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE MÉDICALE DE LYON



PARIS

P. ASSELIN, GENDRE ET SUCCESSEUR DE LABÉ

LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1863

A MES AUDITEURS

Au siècle dernier, un écrivain, son œuvre terminée, la jugeait hors de danger dès que, parmi les hauts et puissants du jour, il avait pu lui trouver un patron aussi connu dans le monde financier qu'obscur dans le monde de l'intelligence.

De notre temps, le *public* a succédé à ces anciens maîtres de l'opinion : c'est lui, lui seul dont on redoute, dont on s'efforce d'influencer les arrêts.

Votre bienveillance éprouvée, mes chers auditeurs, m'affranchit de toute contrainte semblable, pour ne m'imposer que le plus doux des devoirs, celui de la reconnaissance.

Ce n'est donc ni à ceux de qui j'espère, ni à ceux de qui je crains, que ce livre sera dédié; c'est à ceux envers qui je suis redevable. Que vos suffrages, que le souvenir de votre sympathique empressement lui servent d'appui dans la dernière épreuve qu'il va affronter. Ils sont pour l'œuvre sa meilleure recommandation, comme, pour l'auteur, ils ont été son plus puissant encouragement, et demeureront sa plus précieuse récompense.

P. DIDAY.

J'ai commencé ma pratique spéciale en prescrivant, comme tous les médecins, le mercure à tous les syphilitiques. Après avoir passé douze années à observer les récidives qui se produisaient malgré tous mes efforts, je voulus essayer si, en ne donnant le mercure que dans quelques cas déterminés, je n'aurais pas d'aussi bons résultats. L'étude que je publie aujourd'hui est le résultat de cette seconde pratique, qui dure depuis plus de huit ans. En assistant au développement de la syphilis sans l'influencer par l'action de son prétendu spécifique, j'ai pu obtenir ce qu'on avait négligé jusqu'à présent, c'est-à-dire connaître les lois de son évolution naturelle et les règles de sa curabilité spontanée.

C'est ce dernier point qui m'a surtout préoccupé. Prouver par des faits irrécusables qu'on peut guérir la syphilis sans mercure; apprendre à discerner de bonne

heure les cas qui se prêtent à cette méthode d'avec ceux où le mercure devient nécessaire; démontrer le pouvoir et enseigner l'usage de tous les agents que la pharmacie et l'hygiène fournissent, indépendamment des spécifiques, pour réaliser l'élimination du virus, tel a été mon principal but. Il me paraît digne de fixer l'attention de mes confrères, de susciter leurs efforts dans le même sens.

La faveur publique ne s'attache guère aujourd'hui à cet ordre de recherches; je le reconnais. Mais je le reconnais sans découragement; et je m'estimerais heureux si la publication de cet essai pouvait marquer le moment où, après s'être si longtemps passionnés pour la chute et le triomphe des systèmes doctrinaux, les syphiligraphes commenceront enfin à se préoccuper aussi des systèmes thérapeutiques.

Lyon, 30 avril 1863.

PREMIÈRE LEÇON.

Étiologie des syphilis faibles ou fortes.

MESSIEURS,

En venant de Lyon à Paris pour parler de syphilis, pour vous entretenir de cette maladie, vous qui avez tant et de si dignes maîtres pour vous l'enseigner, qui avez eu tant et de si bonnes occasions pour l'apprendre, je ne puis échapper à un reproche, ou tout au moins à un soupçon. « Il arrive avec sa théorie toute prête, entendais-je tout à l'heure murmurer autour de moi. Voilà donc un nouveau système à ajouter à ceux qui encombrent déjà le champ si cultivé et toujours si aride de la syphiligraphie moderne. Quand en aurons-nous fini, bon Dieu ! avec toutes ces doctrines? et n'était-ce pas assez de celles que Paris enfante, de celles que l'étranger nous expédie presque chaque année? »

Fermez l'oreille à ces injustes préventions, je vous en conjure, Messieurs. J'ai vu trop de systèmes, je les ai trop vus à l'œuvre pour vouloir en édifier un à mon tour. Je ne viens pas imposer aux faits un langage qui leur répugne. Je viens simplement vous rendre compte d'une pratique de vingt ans; vous dire ce que j'ai cru y voir; vous demander si vous l'y voyez comme moi; provoquer sur chaque point le contrôle significatif que je saurai lire dans votre attitude; ouvrir, en un mot, avec vous, cet amical échange de demandes et de réponses, aussi sincère que notre mutuelle loyauté le comporte, aussi indépendant que l'intérêt de la science l'exige. Mon but, vous le voyez, ne s'élève point à la hauteur qu'on lui supposait. Il est tout à la fois plus positif et plus modeste; et si j'ai, en effet, la témérité de vouloir aujourd'hui faire école, ce n'est — le lieu où je vous parle l'a dit avant moi, — qu'*une école pratique*.

La syphilis ou vérole, a été tellement étudiée que, depuis longtemps, on se persuade qu'elle est connue. Deux grands obstacles, cependant, ont jusqu'à présent empêché qu'il en fût ainsi. Durant trois siècles au moins, on l'a confondue, systématiquement confondue avec d'autres maladies. En second lieu, on s'est habitué à ne l'observer, et par conséquent à ne la décrire qu'influencée, que défigurée par l'action de remèdes plus ou moins actifs.

Les progrès de la syphiligraphie contemporaine m'ont servi à écarter la première de ces deux causes d'erreur. Il m'a suffi d'omettre les spécifiques chez quelques-uns de mes malades, pour neutraliser la seconde. Et ainsi je me suis, sans effort, trouvé en possession d'un champ d'observation entièrement neuf. Ainsi, s'est tout naturellement constituée l'*histoire naturelle de la syphilis*.

Recueillons donc ensemble les fruits de cette étude,

Messieurs, et, pour connaître enfin la syphilis, apprenons à la voir: 1° *où elle est;* 2° *comme elle est.*

Différenciation de la syphilis d'avec les autres maladies vénériennes.

1° OU EST LA SYPHILIS?... Grande question, Messieurs; longuement débattue, encore litigieuse, et bien simple, bien facile à trancher cependant pour quiconque apporte dans cet examen un peu d'expérience et de bonne foi.

Notre siècle, on lui rend cette justice, a beaucoup fait pour l'étude des maladies vénériennes; avouons qu'il avait beaucoup à faire. Les anciens, — et je ne remonte pas au-delà de quarante à cinquante années, — nous avaient légué un chaos à peine éclairé de rares et douteuses lueurs. Pour eux, toute lésion développée sur les organes génitaux, à l'occasion du coït, était réputée capable d'infecter, et, comme telle, d'emblée, soumise au mercure. Le bubon, la gonorrhée, sous ce rapport, étaient les équivalents du chancre. Et, s'il faut s'étonner de quelque chose, c'est qu'on eût arbitrairement posé une barrière; c'est que, à côté des verrues syphilitiques (végétations), des fissures, des œdèmes syphilitiques (rhagades, cristalline), on n'admît pas, au même titre, l'existence d'acarus et de morpions syphilitiques!

Ce fut l'œuvre et l'honneur des premiers pionniers de planter dans cette lande quelques solides jalons. Entre la blennorrhagie et les autres maladies vénériennes, la confusion vous semble aujourd'hui impossible, n'est-il pas vrai, Messieurs? Et cependant, pour établir définitivement parmi nous cette distinction, il n'a fallu rien moins que les efforts, que les persévérants travaux, que le génie de Ricord.

Ricord! un vrai chef d'école, celui-là, Messieurs; un nom qu'on ne saurait laisser passer sans lui payer l'hommage de vingt générations de disciples reconnaissants! Partout où s'élève une chaire de syphiligraphie, absent ou présent, Ri-

cord a sa place marquée entre le maître et les auditeurs. Car nous lui devons tout : et la science que nous cultivons, et la langue que nous parlons, et jusqu'à cet enthousiasme qui vous rassemble si empressés, si sympathiques autour du professeur, jusque-là le plus obscur, dès que ce professeur annonce un cours sur la science que Ricord a popularisée en lui donnant son nom.

Du dualisme chancreux.

Entre les deux espèces d'ulcères, entre les deux chancres, la différence était moins sensible : aussi la distinction a-t-elle rencontré plus d'obstacles pour s'établir. Et néanmoins ici encore, Ricord avait largement frayé la voie en prouvant par des milliers de faits que le chancre induré est seul suivi de syphilis constitutionnelle. En 1852, M. Bassereau fit voir que ce chancre-là n'est jamais engendré, c'est-à-dire transmis, que par le contact d'un chancre semblable. — En 1855 M. Clerc établit qu'il a, pour caractères propres, n'appartenant qu'à lui, une incubation prolongée, et l'inaptitude à être réinoculé au sujet qui le porte.

Ainsi se préparait, ainsi peu à peu était venue la clarté. En démontrant, l'un, que le chancre induré ou infectant a une origine, le second qu'il a des propriétés, le troisième qu'il a des conséquences, toutes différentes de celles du chancre mou ou chancre simple, ces trois éminents observateurs n'avaient-ils pas prouvé que les deux chancres ont chacun sa cause, c'est-à-dire sa nature à part?

On ne se rendit pas, toutefois. La lumière était faite : mais pour qu'elle éclairât suffisamment, peut-être fallait-il qu'une main unique en concentrât les rayons en un éblouissant faisceau. M. Rollet, qui récemment s'est chargé de cette tâche, l'a remplie de manière à détruire, ce nous semble, toute opposition consciencieuse... Et cependant, quelques-uns doutent, ou tout au moins nient encore!

Quant à moi, Messieurs, quand je vois,

d'une part,	d'autre part,
un ulcère dur,	un ulcère mou
à incubation de deux ou trois septénaires;	sans incubation;
à processus d'inflammation adhésive (H. Lee);	à processus d'inflammation suppurative (H. Lee);
irréinoculable au sujet qui le porte (1);	réinoculable indéfiniment au sujet qui le porte;
non abortible;	avortant toutes les fois qu'il a été complétement détruit;
exclusif à l'espèce humaine;	transmissible à plusieurs espèces animales;
constamment accompagné (chez les sujets indemnes) d'une adénopathie constamment indolente;	à adénopathie non constante, mais suppurant à l'instar de l'ulcère qui en est le point de départ;
produisant toujours, à terme fixe, une série de symptômes généraux caractéristiques;	bornant toujours son action à un effet local;
susceptible à l'influence curative de quelques remèdes généraux, dits spécifiques;	échappant complétement au pouvoir des spécifiques;
n'affectant qu'une seule fois le même individu de la même manière:	se reproduisant, et avec la même intensité, sur un individu autant de fois qu'on le lui inocule :

(1) Voyez Note 1.

ma raison, mon simple bon sens se refusent à croire que ce soient là deux dérivés d'un même principe morbide. Je me demande, dans le cas où ces traits seraient jugés insuffisants pour accuser une différence de nature, quelles individualités, à ce compte, mériteront donc en nosographie de demeurer séparées? Il me semble que, pour l'observateur libre de préoccupation doctrinale, il y a, entre deux états aussi profondément dissemblables, tout autant de différence qu'entre le charbon et le furoncle, qu'entre la pustule de la variole et celle du favus. — Quand on me dit que, de ces deux maladies, l'une n'a commencé qu'il y a tantôt quatre siècles, tandis que l'autre était connue dès la plus haute antiquité, j'admets comme un fait prévu ce témoignage authentique (et non encore réfuté) de l'histoire impartiale. — Quand on me rappelle que, un chancreux étant donné, on rencontre toujours, chez le conjoint, pour agent de son mal un chancre semblable et non un chancre différent, je dis que, en proclamant le résultat de ces confrontations (que j'ai si souvent répétées moi-même), on n'a fait que rendre vrai de par l'expérience ce qui était vraisemblable de par l'induction. — Enfin, quand le plus solide et le plus ingénieux de nos alliés, quand M. Rollet vient montrer que les deux chancres peuvent se superposer, qu'ils constituent ainsi un ulcère dont le fluide peut, étant inoculé, les reproduire tous les deux, je comprends à merveille l'ardente opposition de nos adversaires à cette simple vérité de fait, par laquelle est annihilé le spécieux argument qu'ils tirent des cas où l'inoculation d'un chancre *cru* simple a reproduit entre leurs mains un chancre infectant.

Voyons donc, puisque je viens de les mettre en scène, quels sont nos adversaires, ou plutôt, voyons comment ils parviennent à expliquer autrement que nous ce grand fait

des propriétés, des conséquences si essentiellement différentes de chacun des deux chancres.

Pour eux, — et je ne les peins que d'après les propres paroles du plus autorisé d'entre eux, — il n'y a qu'une seule cause morbide, qu'un seul et même virus. Si on le voit donner lieu à des effets différents, s'il produit dans tel cas un chancre simple, dans tel autre un chancre infectant, c'est parce qu'il a rencontré chez le premier individu une résistance, chez le deuxième une facilité, particulières à sa germination; c'est, conclut-on, parce que « le virus a modifié son action pathologique selon certaines conditions dépendant des aptitudes idiosyncrasiques. »

Vous saisissez bien, Messieurs, le point de divergence entre les unitéistes et nous. Vous voyez l'abîme qui nous sépare, et que nous ne voulons combler par aucune transaction. Pour eux, la bénignité ou la malignité du produit dépend de la nature du terrain où la graine est tombée. Pour nous, au contraire, la différence est primordiale : elle tient uniquement à la différence de nature de la graine. Pour eux, par conséquent, le chancre simple qu'a une femme provient peut-être du chancre infectant d'un homme et dans tous les cas, cette femme, avec son chancre simple, pourra donner à un autre homme un chancre infectant. Pour nous, au contraire, la femme ne peut donner, ne donne que ce qu'elle a reçu... (Toutefois, si elle a reçu du même homme, ou, en temps utile, de deux hommes, les deux chancres, elle sera apte à les transmettre tous deux à un second preneur. Mais c'est en ce cas seulement qu'on verra, dans la filiation morbide, cette apparente fusion des deux chancres; simple coïncidence, dont la réflexion la plus élémentaire fait pressentir la possibilité, dont l'expérimentation a spécifié les conditions de production et dont la clinique apprend à reconnaître les caractères distinctifs.)

Ainsi le débat est ouvert; mais ne craignez rien, Messieurs, je vais le fermer à l'instant; et cela, grâce à une proposition de telle nature que, acceptée ou refusée par la partie adverse, elle vous édifiera, dans l'un et l'autre cas, sur la force réelle de nos adversaires, et, ce qui est plus précieux, sur le degré de confiance qu'ils ont en leur force.

Je ne veux pas, en rééditant ici M. Bassereau, vous priver du plaisir de lire dans le texte même sa démonstration si péremptoire. Du minutieux dépouillement des faits auquel il s'est livré, je ne citerai donc que la conclusion.

Or, M. Bassereau ayant eu sous les yeux 311 malades atteints de syphilis constitutionnelle, interrogea scrupuleusement leur constitution, leur tempérament, leurs habitudes hygiéniques, leurs maladies antérieures ou intercurrentes. Il tint compte de tout, de l'âge, du sexe, de la saison où le mal avait été contracté, du nombre des chancres, de leur durée, etc. Et, tout calcul fait, il reconnut clairement que de ces conditions diverses aucune ne s'était montrée ni assez fréquente, ni assez accentuée chez les sujets syphilitiques pour pouvoir rendre compte de l'invasion de la syphilis chez eux. Il fit plus: il compara entre eux, sous le rapport de ces mêmes conditions individuelles, cent sujets dont le chancre n'avait pas été suivi de syphilis, et cent sujets dont le chancre avait été suivi de syphilis. Eh bien! le résultat de ce parallèle fut qu'il constata chez les premiers et chez les seconds, *à peu près la même* proportion de tempéraments lymphatiques, de constitutions débiles, d'habitudes hygiéniques mauvaises, etc., etc.

Où se cachent donc ces fameuses prédispositions individuelles? Si M. Bassereau ne les a pu découvrir, les unitéistes qui les admettent, qui y croient, qui les invoquent, sont-ils plus heureux? les ont-ils trouvées?

Trouvées!... ils ne les cherchent même pas. Prévoyant

bien l'inutilité de la tentative, peu soucieux d'infliger à leur théorie l'éclatant opprobre d'un pareil échec, ils se gardent soigneusement de préciser, de dire assez tôt pour qu'on puisse le vérifier, quelles sont, quand existent, chez un sujet, les conditions individuelles qui fabriquent la vérole. En vain, chaque jour, nous, dualistes, leur donnons-nous l'exemple; en vain, voient-ils tous nos pronostics justifiés par l'événement lorsque, sur le seul examen de son ulcère, nous avons dit à tel chancreux : « Dans six semaines vous aurez la vérole, » à tel autre : « Vous, vous ne l'aurez jamais. » Ils se contentent, eux, d'enregistrer paisiblement le fait accompli.

Et cependant, « c'est, disent-ils, la constitution qui fait tout; c'est elle qui fait que, de deux individus également frappés par le même virus, l'un aura la vérole, l'autre n'aura rien. » — Or, s'il en est ainsi, leur répondrai-je, comment donc ne pouvez-vous jamais la signaler *a priori*, cette cause, qui devrait être si saisissable cependant puisqu'elle est capable de tels effets? Mais non! fatalistes par force, prophètes du lendemain, ce n'est jamais qu'après la vérole éclose que vous nous dites : « La vérole devait venir! »

La franchise de mon langage choque-t-elle quelqu'un ici, Messieurs?... Eh! tant mieux, ma foi! qu'il s'avance et qu'il veuille bien me pardonner, cet unitéiste chatouilleux. C'était le seul moyen de le faire sortir des rangs. Puisque enfin j'en tiens un, c'est tout à fait le moment d'exposer le programme de l'expérience dont je parlais tout à l'heure :

Voici deux sujets, deux hommes chez lesquels un chancre est apparu depuis huit jours. Prenons chacun le nôtre. Il s'agit de deviner, de spécifier, *par écrit*, quel sort les attend, s'ils sont, oui ou non, prédestinés à la vérole.

Or, pour édifier ce pronostic, pour dire si la vérole vien-

dra, naturellement chacun de nous va utiliser les éléments qu'il sait efficaces, qu'il dit capables de faire la vérole. Prenons-les donc, mais, toute l'épreuve est là, *ne prenons qu'eux*. Puisque, pour vous, unitéiste, c'est la constitution, l'idiosyncrasie, qui fait tout, appréciez l'universalité des éléments qui ont rapport à cet ordre de causes. Interrogez, visitez, scrutez celui des deux chancreux que vous aurez choisi. Informez-vous de ses habitudes, de sa santé antérieure, de sa famille, percutez, mensurez, auscultez, je vous le livre des pieds à la tête... sauf un tout petit point, dont l'exploration vous est parfaitement inutile, sauf le siége du chancre, la verge et l'aine, qui, s'il vous plaît, resteront voilées pendant votre examen.

Quant à moi, dualiste, je n'en demande pas tant. Le chancreux qui m'est échu, je ne veux pas même le voir. S'il ne s'est, depuis six semaines, exposé à la contagion qu'avec une seule femme, si cette femme est depuis lors restée sans traitement, je ne demande qu'à la visiter. Et d'après ce seul examen, d'après ce que j'aurai trouvé chez elle, je suis en mesure de dire ce qu'il aura, lui; je vais spécifier par écrit, si oui ou non, et pas plus tard que dans deux mois, il offrira des symptômes constitutionnels.

Acceptez-vous le défi, honorés confrères?... Je suis prêt; fixons le lieu, et l'heure, nommez les juges. — Refusez-vous?... Alors, qu'on ne me parle plus d'unitéisme; je cesse de discuter, du moment où je cesse de croire à la bonne foi de mes adversaires. Et la syphiligraphie, qui a enfin laissé de côté la question des blennorrhagies syphilitiques, a vraiment mieux à faire que de s'occuper plus longtemps des prétendues idiosyncrasies syphiligènes!

En attendant, retenons un fait décisif, Messieurs, un grand fait d'expérimentation clinique. Vingt-six fois, des médecins spécialistes, compétents, ont — dans un but qu'on

ne saurait approuver qu'au point de vue scientifique, — inoculé à des sujets sains le fluide, soit de chancres indurés, soit de lésions syphilitiques secondaires. Or, l'inoculation a quelquefois échoué, n'a rien produit au point piqué. Mais lorsqu'elle a produit quelque chose, quand elle a *pris*, qu'a-t-elle produit? Toujours, invariablement, un chancre syphilitique, puis, au terme ordinaire, les symptômes constitutionnels; mais jamais, jamais, entendez-vous! — pas une seule fois, un chancre simple! Sur ces vingt-six sujets d'âge, de sexe, de force, de santé si diverses, pris à Paris, à Lyon, à Prague, à Dublin, il ne s'en sera donc pas rencontré un seul pourvu des aptitudes idiosyncrasiques grâce auxquelles le virus, — à en croire les unitéistes, — ne peut plus engendrer qu'un chancre simple!

Contraste étrange! dans la contagion clinique, à l'hôpital ou en ville, sur trois chancreux on compte deux chancres simples contre un seul chancre infectant. Et dans ces vingt-six expérimentations, pas un chancre simple n'a été observé! A quoi tient cette bizarre anomalie? comment va l'expliquer l'unitéisme?... Oh! vous le comprenez, Messieurs, c'est que, en réalité, il n'y a pas d'autres chancres infectants capables de transmettre un chancre simple, que ceux dont on n'a pu constater la nature. C'est que, comme tous les autres, ce miracle-là s'évanouit dès qu'il est permis d'y regarder de près.

Mais, Messieurs, en présence de différences aussi profondes, est-ce assez d'une épithète pour les désigner, pour les graver dans l'esprit? A deux maladies qui n'ont rien de commun entre elles, est-il logique, est-il prudent de laisser la même dénomination? Je ne le pense pas. Si le néologisme est autorisé, c'est surtout quand il peut aider à une légitime réforme des idées. Continuer à appeler les deux ulcères du nom générique de *chancre*, c'est volontairement encou-

rager une confusion qui n'a été sans danger ni pour la théorie, ni pour la pratique. D'ailleurs, est-il rien de plus impropre que l'épithète d'*infectant*, par laquelle on persiste à dénommer la première lésion de la syphilis? Le chancre est si peu la cause de l'infection que l'infection est déjà faite au moment où le chancre apparaît. En fait de chancre *infectant*, me disait un confrère trop expérimenté, atteint lui-même de syphilis, en fait de chancre infectant, je n'en connais qu'un vraiment digne de ce nom : c'est celui de la femme qui m'a donné le mien!

La différence essentielle entre les deux ulcères étant, pour l'un la constante localisation du mal, pour l'autre sa non moins constante généralisation, c'est ce caractère distinctif, d'ailleurs le plus important en pratique, que la nomenclature doit, avant tout, consacrer. Or l'analogie la plus naturelle, la plus souvent invoquée en syphiligraphie, nous en fournit le moyen. A côté de la variole, qui laisse de son passage dans l'organisme une trace profonde, prouvée par l'impossibilité d'en subir de nouveau l'atteinte, il existe une maladie qui lui ressemble sous quelques rapports extérieurs, la varicelle. Seulement, celle-ci ne détermine dans l'organisme que la réaction fébrile momentanée, effet commun de toutes les phlegmasies simples.

Nomenclature.

Eh bien! utilisons cette analogie. Laissons le nom de *chancre* à la lésion primitive de la syphilis (l'ancien chancre infectant); et appelons *chancrelle* l'ulcère local (l'ancien chancre simple). Cette terminologie a de plus l'avantage de laisser le nom de *chancroïde* disponible pour désigner une lésion d'ailleurs très-rigoureusement comparable à la varioloïde sous le rapport pathogénique, je veux dire la lésion que l'on voit naître de l'insertion du virus syphilitique sur un sujet qui a eu antérieurement la syphilis.

Veuillez donc en prendre note, Messieurs. — Dans le cours

de ces leçons j'appellerai toujours *chancrelle*, ce que jusqu'à présent on a décrit sous les noms de chancre simple, chancre mou, chancre local, ulcère non infectant. Et j'appellerai *chancre*, sans aucun qualificatif, ce que jusqu'à présent on a décrit sous les noms de chancre infectant, chancre induré, chancre syphilitique.

Étude de la syphilis telle qu'elle se comporte abandonnée à son cours naturel.

2° COMMENT EST LA SYPHILIS?... La question vous paraîtra sans doute naïve, Messieurs, après les trois siècles et demi d'études qui ont élevé notre spécialité au rang qu'elle occupe aujourd'hui. Je la maintiens, cependant, comme l'une des plus neuves qui méritent de vous intéresser.

Plusieurs causes ont empêché, empêchent de bien connaître la syphilis.

Elle a d'abord subi le contre-coup des tendances ultra-fusionnistes que je critiquais tout à l'heure. Nos prédécesseurs immédiats, il y a vingt ans, avaient trouvé la syphilis confondue avec deux autres maladies. Ils l'en ont séparée; et ce fut leur gloire. Mais ils la condensèrent pour mieux l'isoler; et il n'en faut accuser que l'éternel penchant de l'esprit humain. C'est le fait de toutes les réactions d'outrepasser le but; c'est le propre de toute nationalité à l'état naissant de s'affirmer une et indivisible. La syphiligraphie est-elle menacée de pareille déviation? Nous pourrions le craindre, à voir l'attitude de quelques ardents dualistes. Oubliant le renom triséculaire de protéïforme, mérité et obtenu par la vérole, ils ont voulu en faire une affection toujours et dans tous les cas identique. « Il n'y a pas de maladie, écrivait l'un d'eux l'an dernier, dont l'individualité soit aussi tranchée. » De peur de laisser détruire le genre, ils refusent d'y admettre des espèces, voire des nuances. Opposant aux distinctions que révèle, qu'impose la pratique,

de subtiles ou magistrales fins de non-recevoir, ils renient leur passé à force de vouloir en sauvegarder les conquêtes; et les mêmes hommes qui se vantent d'avoir promulgué la *pluralité des maladies vénériennes*, s'étonnent, se formalisent, en sont presque à s'indigner quand on vient leur parler de l'*inégalité des véroles !*

D'autre part, je vous l'ai déjà dit, depuis bien longtemps on ne connaît la syphilis que telle qu'elle se comporte soumise à l'influence du mercure. Tel est l'engouement irréfléchi des médecins pour ce prétendu spécifique, qu'aucun d'eux n'oserait publier une observation où l'hydrargyre ne figurerait pas. Ce sont même les plus expérimentés qui en donnent le plus et le plus longtemps; de telle sorte qu'un cas de syphilis abandonnée du commencement à la fin à sa marche naturelle, et suivie dans cette évolution par un spécialiste compétent, est non-seulement une rareté, mais un fait inouï, à une époque où l'on se flatte cependant d'avoir porté la syphiligraphie au terme le plus rapproché de sa perfection.

Ces causes, naturellement, ont produit leur effet; et voici, Messieurs, ce que vous êtes habitués à croire, ce que vous entendrez chaque jour professer, comme articles de foi, dans les chaires les plus autorisées, classiques ou semiclassiques :

A. « La syphilis, vous dit-on (la syphilis acquise, bien entendu), commence par une lésion primitive toujours identique.

B. « A part les variations résultant des influences thérapeutiques, l'évolution de la syphilis, généralement, est la même dans tous les cas.

C. « L'emploi des spécifiques, du mercure, est rigoureusement indiqué chez tous les syphilitiques.

D. « Lorsque ce traitement est convenablement ordonné,

régulièrement suivi, il opère la guérison en quelques mois (de trois à six).

E. « Les récidives qu'on observe quelquefois résultent d'une faute commise, soit dans la direction, soit dans l'exécution du traitement.

F. « Non traitée, la syphilis s'aggrave et passe à l'état tertiaire. »

Moi, tout au contraire, en face de celles-ci, j'énonce les six propositions suivantes :

A. La syphilis commence, il est vrai, par une lésion primitive (lésion apparaissant au point par où le virus a pénétré); mais cette lésion offre, selon les cas, une grande diversité dans sa marche et dans ses caractères objectifs.

B. L'évolution et surtout l'intensité ainsi que la durée de la syphilis sont extrêmement variables.

C. L'emploi des spécifiques, du mercure, n'est pas nécessaire chez tous les syphilitiques.

D. Le traitement spécifique le plus hâtif, le plus régulier, le plus complet, le mieux toléré, ne peut répondre d'opérer, en quelque espace de temps que ce soit, la cure radicale.

E. Les récidives sont, non pas un accident, un contretemps, qui suppose un tort du médecin ou du malade, mais bien un effet ordinaire, prévu, à peu près constant, de la marche régulière de la maladie.

F. Non traitée par les spécifiques, la syphilis, dans la majorité des cas, guérit; et elle ne passe à l'état tertiaire que dans des circonstances et sous l'empire de causes déterminées.

Telles sont mes convictions, Messieurs; tel est, chez moi, l'inébranlable résultat d'une pratique de vingt ans. Mais quand je vous expose sans détours *ce qui est,* au lieu de ce qu'on vous enseigne, quand je dévoile sous vos yeux l'in-

suffisance trop avérée d'une thérapeutique qui se prétend infaillible, veuillez me tenir compte de la franchise de mon langage. Ce n'est pas seulement d'après mes observations personnelles, croyez-le bien, qu'est tracé ce tableau de la fréquence des récidives et des échecs du traitement usuel. Vous ne tarderez pas à le voir, dans ces leçons, confirmé par les piquantes révélations que j'emprunterai à la pratique de vos maîtres. Mais j'ai voulu néanmoins vous avertir, dès à présent, que je ne serai pas seul à porter la responsabilité de ces aveux. Ce n'est pas la première fois que j'ai à prévenir des malentendus aussi préjudiciables à ma réputation. On n'a déjà que trop souvent réédité, à mon usage, ce mot de Barthez s'expliquant sur un confrère qui ne croyait pas à la médecine : « Il a raison, si c'est de *sa* médecine qu'il parle ! »

Réduit à ses termes les plus simples, mon catéchisme syphiligraphique peut se résumer sous les deux énoncés suivants :

1° On observe des véroles fortes et des véroles faibles.

2° Les véroles faibles, dont le nombre est supérieur, peuvent guérir sans le secours des spécifiques.

La deuxième proposition pourrait se présenter comme une conséquence rigoureuse de la première. Elle invoquerait, au besoin, en sa faveur, l'analogie qui, partout, nous montre les virus, les venins susceptibles d'être spontanément éliminés. Mais non : elle dédaigne de s'affirmer au nom du droit. C'est de par l'expérience, de par l'expérience seule, qu'elle veut s'établir.

Deux exemples, l'un de syphilis forte, l'autre de syphilis faible.

Permettez-moi cependant de vous raconter d'abord avant tout deux faits, deux exemples cliniques. Ils ne sont pas hors de propos ; car tout en vous faisant comprendre ce que j'entends par vérole forte et par vérole faible, ils commen-

ceront la démonstration, servant ainsi à la fois de spécimen et de preuve.

Premier fait : vérole forte. — En mars 1859, je vis un jeune homme, commis chez un pharmacien, atteint d'un chancre survenu douze jours après le seul coït où, chronologiquement, il fût possible de supposer qu'il l'eût pris. Le chancre datait de cinq jours, quand je le vis ; et il était déjà à l'état d'ulcère, avec une forte induration ; siégeant au dedans du prépuce, il eut bientôt produit un phymosis. L'induration devint énorme, ligneuse, gênait considérablement la miction et l'écoulement des liquides. Ganglions inguinaux très-indurés. Le vingt-cinquième jour à partir du coït, je dus donner 10 centigrammes de protoiodure de mercure par jour. Néanmoins la dureté ne fondit que lentement. Il survint, le quarante-cinquième jour (toujours à partir du coït) une céphalée atroce, à redoublements nocturnes, que l'iodure, chose extrêmement rare ! même à 2 grammes par jour et quoique bien préparé et bien supporté, ne calma que très-peu. Bientôt se déclarèrent des impétigos du cuir chevelu, pâleur extrême, engorgement des ganglions cervicaux. Le malade entra à l'Antiquaille, où un traitement mercuriel à doses élevées n'empêcha pas des ecthymas, survenus le deuxième mois à partir du coït et malgré l'emploi du mercure, de déterminer de profondes pertes de substances dans divers points de la face. Il sortit de l'hospice dans cet état. Je le vis encore deux ou trois fois, et j'amenai de l'amélioration par l'administration simultanée des deux spécifiques, un régime fortifiant, des pansements soignés, etc.

Je l'avais perdu de vue, lorsque en octobre 1862, il se présenta dans mon cabinet avec une perte totale du nez, preuve certaine que la maladie n'avait cessé de marcher depuis notre dernière entrevue. Sans doute, le mal est répa-

rable, Messieurs. La patrie de l'ostéoplastie périostique est en fond pour combler des lacunes même bien autrement profondes; et, depuis que mon cher collègue, M. Ollier, y est chirurgien en chef, ce ne sera pour l'Hôtel-Dieu, qu'un jeu de rendre à notre malade ce que l'Antiquaille n'a pu lui conserver. Mais, à mon point de vue et sans rien préjuger des miracles futurs, je suis bien en droit de vous faire remarquer que ce nez en moins est l'irrécusable signe d'un degré de vérole en plus.

Deuxième fait : vérole faible. — Au mois de juin 1856, je donnais des soins, pour une bronchite, à une jeune femme de vingt-deux ans. Un jour, elle m'apprend, non sans beaucoup de larmes, que j'avais à explorer une région autre que la poitrine. Entraînée, par surprise, disait-elle, dans un souper, elle avait eu à subir les tentatives d'un monsieur qui depuis quelque temps l'obsédait de ses poursuites. Le coït cependant n'avait pas eu lieu : l'hymen, que je vis intact, en faisait foi. Mais le pénis avait heurté çà et là à l'entrée.

D'ailleurs, plus de vingt jours s'étaient passés depuis cette scène, l'unique, affirmait-elle, où elle se fût exposée. Lorsque je fus prié d'examiner, je vis sur la cuisse droite, à 2 centimètres en dehors du pli génito-crural, une faible élevure, un peu plus brune que la peau voisine, de 3 ou 4 millimètres de diamètre, que la malade n'avait aperçue que depuis deux ou trois jours. Pas d'induration. La malade, très-effrayée, demandait un remède et un pronostic positifs.

Je la rassurai à peu près complétement et pansai sa plaque pendant trois jours avec une assez faible solution de nitrate d'argent, lui prescrivant d'attendre encore deux jours après la cessation de ce pansement, avant de se présenter à moi.

Quand je la revis, à l'époque dite, la lésion était dans le

même état, sauf une coloration un peu plus brune ; mais point d'érosion, pas même de desquamation. Je résolus de la tenir encore en observation.

Cependant, la malade, inquiète, alla consulter mon collègue, M. le docteur Rodet, qui, la lésion bien examinée et les commémoratifs connus, jugea à propos de se renfermer dans la même réserve et dans la même expectation.

Je pus donc, cette cliente m'étant revenue, suivre la progression du mal. La plaque ne s'étendit pas en largeur. L'épiderme, dans toute la surface malade, devint légèrement plus épais et d'un blanc plus mat qu'à l'état normal (comme il le serait par l'effet de l'application prolongée de cataplasmes chauds). S'il y eut induration, elle ne fut qu'à peine perceptible, et très-contestable. Un seul ganglion inguinal se tuméfia un peu.

Cet état-là, une fois réalisé, fut stationnaire.

Il n'y avait donc pas l'ombre d'érosion, ni d'ulcération, ni de croûtes sur cette plaque qui, peu à peu, en était venue au point de rappeler à s'y méprendre les plaques opalines des amygdales, lorsque vers le cinquante-sixième jour à partir de sa première apparition, je constatai quelques rares croûtes du cuir chevelu, un peu de malaise chloro-anémique et une roséole, distincte seulement pour un spécialiste. Je dispensai, bien entendu, cette malade du mercure, ne la traitai que par les iodures et les ferrugineux.

Il y a aujourd'hui plus de six ans que ceci s'est passé. Elle a eu, à plusieurs reprises, des poussées légères de tubercules muqueux à la bouche et à la vulve. Je les ai cautérisés avec persistance : et si depuis cette époque, je la crois, je l'ai déclarée guérie, d'autres explorateurs non médicaux ont, à diverses reprises, confirmé mon certificat de patente nette par des actes d'une nature encore plus convaincante.

Causes qui font les syphilis fortes ou faibles.

Voilà, Messieurs, ce qu'est la vérole forte et ce qu'est la vérole faible.

Tranchées à ce point, ou moindres, ces différences sautent aux yeux car elles remplissent le monde. Je n'ai donc pas à en démontrer l'existence, il me suffit de faire appel aux observateurs : le moins expérimenté ne peut manquer de les avoir vues ; le plus systématique n'oserait les nier.

Or, sachant qu'elles existent, nul de vous, Messieurs, ne les jugera fortuites.

Sachant qu'elles ont une cause, nul de vous ne voudra renoncer à la pénétrer. Cette recherche de la cause est notre apanage, à nous médecins. Elle séduit plus particulièrement la jeunesse. Mais celle-ci nous attire par un double appât ; car elle ne constitue pas seulement un attrait pour le philosophe ; elle est un besoin du praticien.

En effet, connaître les influences qui font la vérole forte ou faible, c'est déjà posséder un signe distinctif entre elles ; c'est réaliser un premier moyen pour reconnaître à temps quelle intensité aura une vérole qui commence : c'est donc, à la fois, en fonder le diagnostic et en préparer le traitement.

Or, en jetant un coup d'œil sur ces influences d'où dépend le degré d'intensité de la vérole, j'en trouve de deux ordres ; et je les divise, par conséquent, en : 1° celles qui tiennent au virus, à la graine ; et 2° celles qui tiennent à l'organisation du sujet infecté, au terrain. Étudions la part que prend chacune d'elles.

Différences de force du virus.

1° *Influence de la graine.* La force (1) du virus syphilitique varie selon certaines conditions qui peuvent se ré-

(1) Par le mot *force* du virus, j'entends l'existence de trois propriétés qui sont toujours réunies, savoir : l'intensité de l'infection que

sumer sous les trois chefs suivants : le nombre des transmissions qui ont eu lieu depuis l'origine de la vérole jusqu'au vérolé dont il s'agit de mesurer le degré d'infection; — le mode de pénétration du virus dans l'organisme; — enfin l'époque, la phase qu'occupe, dans l'évolution d'une syphilis, la lésion qui a fourni le virus agent de la transmission ou, en termes plus précis, *l'âge* syphilitique de cette lésion. Cherchons successivement à apprécier la réalité, le degré de pouvoir de ces éléments modificateurs, ainsi que la part relative d'action qui, dans chaque cas, appartient à chacun d'eux.

Atténuation du virus par le nombre des transmissions.

A. La vérole s'est-elle affaiblie depuis son origine, depuis la fin du XVe siècle jusqu'à nos jours? — Avant de rechercher si le fait est réel, il faut absolument déterminer s'il est probable, s'il est même possible.

En effet, on n'a pas seulement nié qu'il en fût, on a nié qu'il en *pût être* ainsi. M. Rollet, entre autres, attaque notre rassurante conviction par le raisonnement suivant: « Si la vérole avait été en s'affaiblissant, ce n'aurait pu être que d'une certaine quantité à chaque transmission. Supposons cette quantité aussi petite qu'on le voudra, d'un millième par exemple. Comme, depuis son origine, la vérole s'est bien certainement transmise mille fois, il en résulterait que, successivement, elle aurait, depuis lors, diminué de mille millièmes, que, en d'autres termes, elle devrait ne plus exister. Or, comme indubitablement elle existe encore, il

ce virus produit, la facilité avec laquelle il se transmet d'un individu à l'autre et l'intensité de la maladie qu'il transmet. En d'autres termes, s'il y a plusieurs degrés dans la force du virus syphilitique, l'homme qui a subi l'atteinte du virus le plus fort aura une vérole plus forte; il la communiquera plus aisément à une femme; enfin, cette femme elle-même aura une vérole plus forte.

s'ensuit que l'hypothèse précédente est fausse, et que la vérole n'a pas diminué. »

J'ai déjà reproché à ce raisonnement une méprise qui le dépouille de sa rigueur apparente. Pour évaluer à quoi équivaut chaque diminution de la vérole, M. Rollet a pris une quantité absolue, au lieu de prendre, ce qui est seul admissible, une quantité relative. Un calcul portant sur des éléments appréciables va rendre cette réflexion plus sensible. Supposons, par exemple, que la force d'une vérole originaire de la fin du XVe siècle, soit représentée par 20 grammes. Si, comme le veut M. Rollet, vous exprimez la diminution subie à chaque transmisssion par un chiffre identique, par 1 gramme, vous arriverez sans doute à conclure, comme lui, que après vingt transmisions, la vérole aurait dû être annihilée. Mais ce compte, remarquons-le, ne peut être valable qu'en admettant que cette diminution, de 1 gramme, a eu lieu à chaque transmission, à la 10e comme à la 1re, à la 19e comme aux précédentes. Or, 1 gramme constituant pour les 16e, 17e, 18e et 19e transmissions, le 1/5e, le 1/4, le 1/3, la 1/2 de la force qu'avait à chacune d'elles le virus, il faudrait croire que ce même fait, cette même influence de la transmission qui, pour les premiers cas, ne neutralisait qu'une proportion insignifiante, que 1/19 du virus, en neutralisait à la fin, 1/4, 1/3, 1/2..., conséquence antiphysiologique, inacceptable.

C'est donc toujours une *partie proportionnelle* de la quantité restante qui se perd à chaque transmission d'organisme à organisme, toujours un 19e (dans l'hypothèse que nous avons avancée). Mais le virus persiste indéfiniment, puisque ce n'est jamais que le 19e de la quantité restante qui se perd à chaque fois. Vous comprendrez donc ainsi, Messieurs, que la vérole *puisse* s'être réellement affaiblie sans s'être éteinte.

Est-il *probable* que la vérole se soit affaiblie? Seconde question non moins ardue, mais à laquelle l'analogie nous suggère une réponse également affirmative. Voyez le vaccin. Depuis seulement soixante-cinq ans, n'a-t-il pas, de transmissions en transmissions, perdu une partie notable de son activité? Voit-on bien souvent aujourd'hui de ces pustules types décrites par les premiers auteurs? Observe-t-on l'inflammation locale, la réaction générale, la sûreté de l'effet préservatif, la transmissibilité à peu près infaillible, qui caractérisaient, à cette époque, le virus vaccin?

Si quelqu'un contestait cette dégénérescence, une contre-épreuve décisive va lever ses doutes. De temps en temps, d'heureux hasards nous permettent de retremper le vaccin à sa source primitive; parfois l'on a découvert l'éruption que quelques auteurs français, par un ingénu mais expressif pléonasme, appellent le *cow-pox de la vache.* L'on n'a pas manqué d'utiliser cette bonne fortune; et l'on a fait servir le fluide des pustules de la vache à de nombreuses vaccinations.

Or, ces inoculations avec le virus primitif se pratiquaient à côté d'autres inoculations faites avec le vaccin ordinaire; de telle sorte que la différence entre les effets allait sûrement dévoiler aux observateurs s'il y en avait, oui ou non, entre les causes...

Eh bien! ç'a été non pas une différence, mais un vrai contraste; et un contraste aussi complet que tranché; car, comparé à la marche du vaccin ordinaire, constamment le cow-pox

A une incubation plus courte (Martini);

Produit des pustules plus dures (idem), plus développées et persistant deux fois plus longtemps;

Détermine parfois de véritables ulcères, au siége des pustules;

Provoque une réaction générale plus intense ;

A beaucoup plus souvent un résultat positif. (Le chiffre de ces résultats est de 776, contre 628, chiffre représentant les résultats positif obtenus avec le vaccin ordinaire);

Réussit plus souvent dans la revaccination ;

Préserve plus sûrement de la variole ;

Garde sa faculté reproductive à une période plus avancée de l'éruption, jusqu'au 11ᵉ et même jusqu'au 15ᵉ jour ;

Enfin, hors des pustules, mis dans un tube, se conserve plus longtemps inoculable.

N'oubliez aucun de ces neuf signes différentiels, Messieurs. En même temps qu'ils démontrent la thèse présente, c'est-à-dire la dégénérescence que, sous tous les rapports, le virus vaccin a subie, ils servent déjà à vous faire pressentir les caractères, à plusieurs points de vue semblables, par lesquels les véroles fortes et les véroles faibles se distinguent entre elles.

Je conclus : Puisque le vaccin s'est affaibli, le virus syphilitique *doit* bien lui aussi s'être affaibli. C'était là, vous le savez, le seul point pour le moment en litige, le seul d'ailleurs que l'analogie pût fructueusement éclairer.

Mais la syphilis, depuis son origine, *s'est-elle* réellement affaiblie?... Ceci est une question historique, controversable par conséquent, et que chaque auteur entend ou plutôt présente selon le parti qu'il compte en tirer. Quant à moi, Messieurs, je ne discuterai pas, je ne commenterai point, j'éviterai même d'analyser : je me borne à vous présenter quelques textes... textuels.

Écoutez d'abord Catanée. Il écrivait en 1505; il avait vu naître la vérole. Or, voici en quels termes il la décrit : « Monstruosus morbus fœditate magnâ, innumeris pustulis, ulceribusque per totam faciem universumque corpus,

magnâ etiam sævitiâ dolorum noctu præsertim humanum genus affligens, laceransque nodositatibus instar lapidum, plurosque debiles et mancos effecit, et taliter in humanum genus grassatus est *ut quodcumque genus mortis potius eligendum sit.* »

Vigo, dont le récit plus froid offre toutes les garanties de l'observateur exact, ayant à parler des douleurs qu'offraient les syphilitiques, écrit : « Doloribus clamosis laborant. » — Or, je vous le demande, Messieurs, à notre époque entend-on bien souvent le repos des nuits troublé par les cris de nos vénériens?

Plus expressif encore, Phrisius dit positivement : « Leprosi nolebant habitare cum hoc morbo infectis. » — Que penseraient aujourd'hui les lépreux? On l'ignore. Mais je connais, quant à moi, de fort honnêtes gens qui, en fait de cohabitation, se montrent beaucoup moins difficiles.

Quelques auteurs énoncent en propres termes ce fait général de la décroissance du virus. Fracastor, après avoir décrit le *mal français* comme produisant des ulcères aussi larges que des œufs ou des pains, comme faisant tomber le nez, les yeux, *et pudenda tota*, ajoute : « Telle était du moins la maladie à son commencement, car depuis vingt ans, elle a changé. »

Or, en quoi consiste ce changement? Écoutez ce qu'en dit Brassavale, si justement nommé, vu l'époque où il écrivait, l'historien de la décadence : « Adeo declinavit morbus ut *mitissimus* dici possit. »

Enfin notre Ambroise Paré, — remarquez, je vous prie, le choix de mes citations, — ayant à s'expliquer sur la diminution subie par la *grosse vérole* depuis la fin du XVe siècle, traduit ainsi ses impressions de praticien : « La vérole du temps présent est beaucoup moins cruelle et plus aisée à guarir qu'elle n'étoit du temps passé de son premier com-

mencement, car elle s'adoucit de iour en iour évidemment. »

J'ai promis d'éviter tout commentaire, Messieurs. Mais en m'en abstenant, je ne vous les ai point interdits. Faites donc une réflexion, ou plutôt posez-vous une question, une seule. Dans le cas où quelques écrivains de notre temps s'aviseraient de donner à la syphilis actuelle les sombres couleurs que je viens de mettre sous vos yeux, demandez-vous,— et je devine la réponse,— s'ils obtiendraient le renom d'auteurs classiques, que le suffrage général a décerné aux Catanée, aux Fracastor, aux Vigo, aux Paré? Demandez-vous s'ils ne passeraient pas pour les romanciers plutôt que pour les historiens de la vérole?

« Mais c'est que c'est justement là le cas, s'écrie un fin critique de mes amis. Si la syphilis, à son origine, a été réputée plus grave que de nos jours, c'est que, à cette époque, elle eut la chance d'être surtout décrite par des poëtes. » Messieurs, je repousse, au nom du XVe siècle, ce renom littéraire suspect dont on voudrait lui infliger le monopole. Jamais, en aucun temps, les poëtes n'ont manqué à la vérole.... ni réciproquement. En fait de vérole, jamais chez eux, la source de l'inspiration n'a tari. De nos jours, il est vrai, en matière spéciale, ils signent des traductions plus volontiers que des pages originales. Et, pour donner à leurs hypotyposes la base solide de faits réels, on les voit, même les plus riches de leur propre fonds, réduits à emprunter ces faits au livre d'or des âges héroïques du fléau.... Mais n'est-ce pas là la meilleure preuve que notre siècle dégénéré est incapable, même pour la vérole, de créer des types dignes de faire vibrer les cordes d'une lyre?

Je conclus que le virus syphilitique a graduellement et très-positivement perdu de sa force par le fait de sa migration successive d'individu à individu.

Mais cette notion, tout exacte qu'elle soit, a beaucoup plus de prix pour le savant que pour le praticien. Elle fait comprendre que la syphilis peut être tantôt faible, tantôt forte; elle nous explique comment et pourquoi cette différence a lieu. Mais elle est muette sur les circonstances où il nous sera donné d'en prévoir ou d'en constater les effets, soit en plus, soit en moins. Un vérolé se présente. Son mal résulte-t-il d'une 300e ou d'une millième transmission?.... Il n'y a pas de présomptions, pas même de conjectures à établir à cet égard. Ce n'est donc qu'après coup, qu'à titre d'interprétation qu'on peut faire figurer cet élément étiologique différentiel.

B. La voie par laquelle le virus syphilitique s'introduit dans l'organisme a-t-elle une influence sur le degré de force que ce virus possède, une fois introduit?

Atténuation du virus par son mode de pénétration dans l'organisme.

Une objection préjudicielle demande à être sommairement examinée, car elle s'inscrit *à priori* contre la *possibilité* de l'affaiblissement du virus. « Les virus agissent, dit-on, à n'importe quelle dose; si atténués que vous les supposiez, dès qu'une molécule a pénétré dans le corps vivant, elle y peut réaliser la plénitude de ses effets. N'invoquez donc pas la filtration, l'atténuation exercée sur le virus par le mode d'absorption, pour préjuger un amoindrissement de ses propriétés toxiques. »

Cette objection confond la quantité avec la qualité. Certes un principe morbide de la classe des virus ne mesure pas ses effets à sa masse, à son poids; cela est hors de doute. Mais changez, ou plutôt redressez les termes du problème : en place du procédé mécanique, qui *divise*, admettez le procédé vital, qui *modifie;* au lieu de prendre la dixième, la vingtième partie d'une molécule virulente, supposez-la soumise à une élaboration qui altère ses éléments constituants

en eux-mêmes ou dans leur combinaison. Alors le virus pourra bien être affaibli; alors, s'il opère de moindres ravages, on ne sera plus autorisé à le nier en rappelant l'action réelle des virus à dose minime; car s'ils ne peuvent s'affaiblir en se divisant, ils peuvent évidemment s'affaiblir en s'altérant.

Or, *le mode d'introduction* possède-t-il cette propriété modificatrice des virus? Je n'en citerai qu'un exemple, mais il est frappant. D'où provenait la bénignité relative si remarquable de la variole inoculée? De quelles conditions dépendait pour les inoculés cet abaissement du chiffre de la mortalité, que des calculs authentiques (1) expriment par 1 sur 300 (celle de la variole spontanée étant, à la même époque, de 1 sur 14)?

On l'attribuait, nous le savons, au choix du sujet, à la saison, à l'emploi de certaines médications avant l'opération, aux observances hygiéniques durant ses suites..... Erreur sincère ou erreur intéressée, ce n'en était pas moins une erreur. La médecine, de nos jours, est aussi désillusionnée que la chirurgie, et ce n'est pas peu dire, sur le pouvoir des saignées, des purgations, du régime dit préparatoire. Et, quant à l'empire des conditions hygiéniques, voyons-nous donc la variole contractée naturellement s'abaisser à cette mortalité insignifiante alors même qu'elle vient à se développer, ce qui n'est point rare, chez des sujets et dans des conditions dites de choix?..... Nul praticien ne le croit. En est-il un qui, trouvant réunies chez un de ses malades toutes ces circonstances de constitution, d'âge, de santé antérieure, de disposition morale, de saison, par lesquelles on expliquait autrefois la bénignité de la variole inoculée,

(1) Desoteux et Valentin. *Traité historique et pratique de l'inoculation*, 1800.

voulut se hasarder à porter, d'après ces seules considérations, un pronostic favorable, j'entends favorable dans la proportion d'*une* chance fatale contre 300 heureuses?

Ce qui prouve encore le peu d'influence de ces conditions, c'est le genre de la modification que subissait la variole inoculée. Si, en effet, l'on avait vu les inoculés supporter mieux la maladie que ceux qui la contractent par le mode naturel, offrir une réaction moins vive, échapper aux complications gastriques, adynamiques, nerveuses, oh! alors on aurait pu croire que cette différence était due aux dispositions constitutionnelles meilleures choisies ou créées par l'art. Mais non : la bénignité des suites s'expliquait beaucoup plus rationnellement par les caractères objectifs tout particuliers qu'offrait l'éruption de la variole inoculée. En effet, quarante à cinquante boutons disséminés formaient en général tout le contingent à payer par l'inoculé.

A ces traits nul observateur un peu éclairé n'aurait dû se tromper sur la cause réelle de l'innocuité des suites : évidemment ce n'est pas le malade qui était mieux disposé à résister, c'est le mal lui-même qui avait été dépouillé d'une partie de sa force.

Ce problème, c'est-à-dire la détermination des causes qui rendaient comparativement si douce la variole inoculée, reste donc tout entière. Si l'on veut en avoir la clef, — et il vaut la peine de la chercher, car cette clef ouvre plusieurs portes, — il faut considérer en quoi cette variole différait de l'autre.

Elle en différait sous deux rapports, disons mieux, par deux faits corrélatifs : 1° le fait de l'introduction du virus en un point de la peau; 2° l'existence au lieu inoculé d'un travail de réaction; travail bien distinct de l'éruption variolique proprement dite, en ce qu'il précédait celle-ci

de dix jours, et en ce qu'il restait borné à la partie inoculée (1).

Là est toute l'explication. Je la juge valable, car elle s'appuie à la fois sur l'expérience et sur les vraisemblances physiologiques les plus autorisées, éclairant à son tour la pathogénie des autres maladies virulentes. Dans la contagion ordinaire, le virus varioleux introduit par la muqueuse pulmonaire ou par la peau saine, pénètre l'organisme sans avoir donné lieu à aucun travail local : il tuait une fois sur 14. Dans l'inoculation, il ne pénétrait qu'après avoir subi une élaboration primitive : il ne tuait plus qu'une fois sur 300.

Un coup d'œil jeté sur l'ensemble des maladies virulentes montre dans toutes le même résultat suivant la même cause. Non que je veuille, cependant, nier l'influence supérieure qui tient à la nature particulière de chaque virus. Mais enfin, partout où l'on voit des traces de cette élaboration locale, la maladie est faible (vaccine, variole inoculée comparée à la variole, pustule maligne comparée au charbon).

Partout où elle est impossible à cause du mode d'introduction du virus, la maladie est plus grave (peste, rougeole, scarlatine, variole naturelle).

Et même, il est remarquable que la plus terrible des mala-

(1) L'analogie étroite qui lie la variole inoculée à la syphilis acquise ressort de ces deux faits d'observation : 1° que la ou les pustules primitives locales de la variole inoculée étaient toujours beaucoup plus enflammées que celles de l'éruption générale, et que, seules, les premières s'accompagnaient d'engorgement inflammatoire des glandes axillaires; 2° que, quand un individu avait eu précédemment la variole, l'inoculation du pus variolique échouait chez lui, ou se bornait à produire l'éruption locale (*chancroïde*). — (Desoteux et Valentin, p. 199.)

dies virulentes (la rage), se distingue par cette circonstance que le principe morbide, bien qu'inoculé, ne donne lieu sur place à aucune réaction primitive appréciable. Il en a été de même dans quelques cas de morve inoculée où l'on a vu les symptômes généraux se déclarer et devenir mortels sans qu'aucun travail pathologique bien distinct eût eu lieu à l'endroit par où le virus avait été introduit.

Toutes les fois, par conséquent, que l'art a pu forcer les virus à faire une halte préalable dans les tissus et surtout à déterminer dans ceux-ci un travail de réaction, elle a réalisé une atténuation sensible du virus (inoculation de la variole, de la rougeole, clavelisation, inoculation de la péripneumonie épizootique).

Eh bien! en étudiant la syphilis comme nous l'avons fait, nous découvrons sa stricte conformité à cette loi. En effet, la syphilis vulgaire, clinique, acquise, n'est point une maladie grave, tout le monde en convient. Aussi, est-il peu d'affections virulentes dans lesquelles le travail local primitif soit plus constant, plus nettement accusé, plus franchement circonscrit et précède de plus longtemps l'invasion des symptômes généraux. Mais, d'autre part, quand la syphilis a pénétré par une autre voie et qu'elle ne détermine aucun travail local, on peut, on doit s'attendre à une gravité supérieure. C'est ce qui explique celle de la syphilis transmise au fœtus soit par le sang de la mère, soit par l'ovule ou le sperme de parents infectés.

Ainsi, à ce point de vue, il y aurait, selon le mode de pénétration du virus, deux degrés de virulence, en d'autres termes, deux degrés de force dans la maladie produite.

Le virus a-t-il été soumis à l'action normale des organes intacts de l'absorption? c'est la syphilis *acquise*, plus faible. Le virus est-il parvenu directement dans le sang, ou plus

directement encore, dans le germe de l'être futur? c'est la syphilis ***héréditaire***, plus forte.

Vous saisissez la portée de cet aperçu, Messieurs; car vous en entrevoyez l'application à l'étude qui nous préoccupe. La circonstance d'hérédité n'est pas seulement une cause qui aggrave le mal pour le fœtus qui en est atteint : elle constitue un agent de *renforcement* de la syphilis envisagée dans son cours à travers les âges et les individus. Dès qu'elle intervient, elle joue le rôle d'un cow-pox. Le virus s'y retrempe, pour ainsi dire; et sa force, que d'autres influences tendaient à mitiger, y retrouve pour plusieurs transmissions successives une nouvelle puissance.

Mais si cet ordre spécial d'arguments analogiques nous donne le droit de supposer à la syphilis héréditaire un excès de gravité, ne perdez pas de vue, Messieurs, les preuves directes qui appuient ce théorème. N'oubliez pas, je vous prie, que, avant de le rendre vraisemblable, je l'avais, dans un autre ouvrage (1), démontré vrai par des données physiologiques irrécusables et par des faits d'observation aussi authentiques que multipliés.

Atténuation du virus par sa diffusion dans l'organisme.

C. L'*âge* d'une lésion syphilitique (c'est-à-dire la place chronologique qu'elle occupe dans le cours du mal), a-t-il une influence sur la force de la syphilis que cette lésion pourra transmettre?... Sans hésiter, je réponds *oui*. Oui, le virus est atténué par sa diffusion dans un organisme vivant. Oui, chez un même syphilitique, les lésions secondaires transmettent une syphilis moins forte que ne l'eût transmise la lésion primitive.

(1) *Traité de la syphilis des nouveau-nés.* Paris, 1854.

Ce point est susceptible d'une démonstration péremptoire. Mais pour la mener à bien, pour vous la rendre saisissable, j'ai besoin de concentrer toutes les forces dont je dispose. Veuillez donc redoubler d'attention, Messieurs; je vais tâcher de redoubler de clarté.

Deux ordres de preuves appuient cette thèse, celles qui la font vraisemblable et celles qui la démontrent vraie : preuves de droit, preuves de fait.

a. Preuves de droit. — Il me faut d'abord établir un théorème dont j'aurai besoin tout à l'heure. Ce théorème est le suivant: Dans toute transmission morbide, la force de la maladie transmise est en rapport avec la facilité de transmission; ou, en termes moins abstraits, on peut juger de la force qu'une maladie possède (force qui comprend celle du produit qu'elle transmettra) par le degré de sa puissance contagieuse; ou, plus brièvement encore, la force d'une maladie est en proportion de sa contagiosité.

Les faits cliniques de toute sorte abondent à l'appui de ce dogme, déjà imposé, on peut le dire, par l'expérience à la raison, et que soutient l'assentiment universel.

Toute affection à l'état aigu, la blennorrhagie prise comme notre type familier, menace presque infailliblement le sujet qui s'expose à son contact; ce même sujet qui bravera presque impunément ce contact plus tard, quand l'acuïté sera passée, c'est-à-dire quand le mal aura dépouillé une partie de son intensité. — Les maladies éruptives fournissent un exemple non moins probant. N'est-il pas d'observation vulgaire, que, à leur déclin, elles ne sont contagieuses qu'exceptionnellément? — Dans toute épidémie ne voit-on pas la faculté de se propager et la puissance léthifère être en corrélation étroite, marcher, frapper, décroître et s'éteindre ensemble? — Mais l'histoire de la vaccine nous offre un argument encore plus décisif. Car on l'a

vu plus haut, ce dont on accuse avec raison le vaccin ordinaire, c'est à la fois de *manquer* souvent, et de ne produire, lorsqu'il ne manque pas, qu'une préservation incomplète. Ce qu'on apprécie, au contraire, dans le cow-pox, c'est qu'il *prend* toujours et qu'il préserve, non moins sûrement. Ainsi nous sont données l'épreuve et la contre-épreuve; ainsi par un double langage, par le double et simultané reproche adressé au vieux vaccin et par les éloges identiques que mérite le nouveau, se confirme tous les jours dans la pratique courante le théorème que j'ai voulu établir : *la contagiosité est proportionnelle à l'intensité morbide.*

Or si la contagiosité, — c'est là où j'en voulais venir, — si la contagiosité égale l'intensité morbide, elle peut légitimement servir à la révéler : elle en est l'exacte mesure. Utilisons donc cet instrument; et partout où nous verrons une contagiosité supérieure, disons sans crainte d'erreur qu'il y a aussi une intensité supérieure.

J'applique immédiatement ce procédé à la comparaison des lésions secondaires de la syphilis avec les lésions primitives, avec le chancre. Et puisque le but de cette étude est de déterminer si le contact des lésions secondaires, des plaques muqueuses prises pour type, produit une syphilis aussi forte que celle produite par les chancres, j'ai donc à me demander tout d'abord : les plaques muqueuses sont-elles aussi contagieuses que les chancres?

Or, Messieurs, ne craignez pas que j'abuse de votre patience par une énumération fastidieuse, ou par un commentaire dont toute ma franchise ne saurait, je le sens, vous garantir absolument la sincérité. Ne craignez pas même que je prenne avantage des exagérations systématiques de la partie adverse. Un exposé sommaire de faits connus, admis par tous, un simple résumé, pour ainsi dire, de la pratique

générale, va convaincre mes adversaires eux-mêmes que le chancre possède réellement un pouvoir contagieux supérieur à celui de la plaque muqueuse.

Vous admettez bien, n'est-ce pas, leur dirai-je, — c'est là pour vous un article de foi, — que toute syphilis transmise par contact débute par un chancre au point touché? D'autre part, il est tout aussi incontestable, — c'est vous-même qui l'avez dit, — que les rapports les plus fréquents de la bouche sont avec la bouche, de même que les rapports les plus fréquents de la verge sont avec la vulve.

Eh bien! si les plaques muqueuses étaient, comme vous le soutenez, aussi contagieuses que les chancres, pourquoi la bouche, qui a tant d'occasions de toucher des plaques muqueuses, a-t-elle donc si rarement des chancres (1)?... Et pourquoi, au contraire, la vulve, qui ne touche guère que des chancres (les plaques muqueuses étant très-rares à la verge), a-t-elle donc, comparativement à la bouche, tant de chancres?

Le dogme qui, en fait de syphilis, admet une contagiosité variable, proportionnelle à l'*âge* de la lésion, est-il donc un de ces paradoxes qui heurtent l'esprit et répugnent à la raison? N'a-t-il pas, au contraire, en sa faveur, l'analogie la plus frappante? et, plus que l'analogie, l'observation même de ce qui se passe dans l'évolution régulière de la syphilis?

En effet, les plaques muqueuses (lesquelles constituent, parmi les lésions sécrétantes de la syphilis, les premières en date) sont généralement réputées plus contagieuses que les lésions subséquentes. Voyez si ce n'est pas à leur fluide,

(1) 1 chancre de la bouche sur 28 chancres d'autres régions (A. Fournier); 1 sur 25 (Rollet); 1 sur 21 (Bassereau).

qu'ont puisé de préférence tous les expérimentateurs pour démontrer la contagiosité des accidents secondaires.

En second lieu, tous les pathologistes admettent aujourd'hui que le pouvoir d'engendrer des enfants infectés diminue graduellement chez un sujet syphilitique, et qu'il diminue par le seul effet du temps. Un homme a eu la syphilis; il se marie. Eh bien! son premier enfant vient mort-né. Le second succombe, à trois mois, malgré tous les soins médicaux, aux atteintes d'une syphilis nettement caractérisée. Le troisième a des symptômes plus tardifs, plus bénins, que le traitement peut guérir. Le quatrième demeure bien portant. Et la décroissance, notez-le, a eu lieu sans l'intervention des spécifiques chez les parents. — De pareils exemples s'observent tous les jours; et ce n'est pas pour les imposer aux sceptiques, c'est pour que l'utile avertissement qu'ils portent avec eux soit mieux écouté, que j'ai moi-même concouru, dans une autre circonstance, à les formuler sous le nom de *loi.*

Enfin, c'est mieux qu'une loi, c'est un fait, que les lésions de la syphilis parvenue à sa dernière période, autrement dit que les lésions tertiaires, ne sont plus contagieuses. Toutes les doctrines, tous les doctrinaires sont d'accord sur ce point; et l'on va même jusqu'à professer, — ce qui, si j'en crois quelques faits récents, demanderait même un peu plus de réserve, — que ces lésions ne sont *jamais* transmissibles par voie d'hérédité.

Or, ces trois attributs de la vérole, que signifient-ils, Messieurs?... Ce qu'ils signifient? Ils nous dispensent de toute démonstration, en la laissant faire par la nature même. Ils vous montrent effectué, réel, constant, ce que le simple bons sens vous eût d'ailleurs, *à priori*, fait admettre. Qu'est-ce, en effet, que la décroissance graduelle de la contagiosité, décroissance manifeste, d'après tous ces exemples,

sinon la conséquence du travail que l'organisme accomplit sur le virus, contre le virus, dès que celui-ci a pénétré dans son sein? Or, ce mouvement, qui tend à un but épurateur, qui y tend incessamment, *graduellement*, doit-il, peut-il engendrer des sécrétions morbides également contagieuses, lorsqu'il est à son commencement et lorsqu'il est à sa fin?... Vous ne le penserez pas, Messieurs; et, donnant à cette argumentation sa seule conclusion possible, il n'est pas un de vous qui, de lui-même, ne dise : « Puisque ce travail organique aboutit, lorsqu'il est *très-avancé*, à ce que les lésions qui éclosent alors (les tertiaires) ne soient plus du tout contagieuses, évidemment lorsqu'il est *moins avancé*, les lésions produites à ce moment (les secondaires) doivent être *moins* contagieuses que celles produites au moment où le travail organique *était à son début* (la lésion primitive) : car, en somme, dans la nature, tout ce qui s'épuise avait nécessairement diminué avant de finir! »

Or, Messieurs, puisque nous nous entendons si bien, je reprends mon théorème, actuellement démontré, et je conclus à mon tour : Les lésions secondaires sont moins contagieuses que les lésions primitives; donc, elles *doivent* transmettre une syphilis moins forte.

b. Preuves de fait. — La vérole qui résulte du contact d'une lésion secondaire, d'une plaque muqueuse, par exemple, *est-elle* plus faible que la vérole qui résulte du contact d'une lésion primitive d'un chancre?

Ici, il ne me suffit plus d'affirmer, car le contrôle est possible. Ici, nous nous rencontrons, pour la première fois, avec les exigences de la méthode expérimentale. Je dois donc tenir compte de ces exigences, car elles sont on ne peut plus légitimes. Mais mes réserves ne le sont pas à un moindre degré, puisqu'elles me sont dictées par la nature des choses, par l'objet même de cette étude.

Lorsqu'on opère sur des genres tranchés, sur des unités morbides aussi distinctes que le sont la blennorhagie, le chancre et la chancrelle, il est facile au théoricien de préciser. En fait de maladies entièrement étrangères les unes aux autres, il peut avec assurance dire : Celle-ci se transmettra *toujours*, à coup sûr, sous sa forme, dans son espèce; et *jamais* elle ne reproduira les autres.

Mais quand il s'agit d'analyser la filiation non plus d'entités séparées, mais des degrés d'un même être, une semblable rigueur de détermination est impraticable, inadmissible. L'affecter aussi hors de propos serait vouloir jouer un rôle dont personne ne consentirait à passer pour dupe, et dont les malades seraient les premières victimes.

Nul ne trouvera ces réflexions déplacées à propos de la syphilis, car elles lui sont applicables au premier chef.

Il faut véritablement ignorer le premier mot de la pathogénie des virus pour supposer qu'on va voir toujours et constamment une vérole forte naître du contact d'un chancre, une vérole faible naître du contact d'une plaque muqueuse. Cette plaque muqueuse est-elle donc toujours identique elle-même, pour que vous lui demandiez de produire constamment un effet identique? Si elle résulte de la transmission immédiate ou médiate d'une syphilis héréditaire; si elle était contemporaine de la première poussée de la syphilis dont elle fait partie; si le virus qui l'a engendrée n'avait depuis 1494 subi qu'un petit nombre de migrations d'organisme à organisme, n'est-elle pas capable d'effets plus forts que si elle se trouvait dans des conditions opposées d'origine, d'âge, de numéro de transmission? D'autre part, le sujet infecté, — car il faut être deux pour *faire* la vérole, aussi bien que pour la prendre, — le sujet infecté n'influe-t-il pas aussi sur le résultat, c'est-à-dire sur le degré de l'infection produite? Sa constitution, sa santé anté-

rieure n'exercent-elles pas une action dont je me réserve de vous expliquer tout à l'heure la nature, mais dont tout vous fait, n'est-il pas vrai, admettre par anticipation la réalité?

Voilà, au lieu de la vérité doctrinale, la vérité pratique, Messieurs. Voilà par quelles questions je réponds à l'éternelle question de ces sceptiques bardés d'absolutisme, qui ne sauraient m'aborder sans me dire : « Eh bien! je viens encore d'observer une exception à votre fameuse loi de la force du produit proportionné à la force de la cause! » Ma loi!... Eh bien, soit! veuillez, de grâce, mes chers confrères, me trouver, en ce genre, dix causes exactement égales, dix sujets également disposés à en ressentir l'atteinte : et alors seulement, du moment que vous m'aurez créé mes justiciables, je consens à me poser en législateur.

Mais, d'ailleurs, en dépit des prétendues exceptions, trop de faits, jusqu'à présent, ont confirmé le principe pour qu'on puisse le regarder comme moins justifié par devant l'expérience qu'il ne l'est aux yeux de la raison. Ces faits, je vous en citerai, dans la prochaine séance, en nombre et de caractère suffisamment probants. Je vous dirai alors ce que j'en pense. Aujourd'hui, je me borne à vous dire ce qu'en ont pensé ceux qui en furent les auteurs, quelle impression ils produisirent sur ceux qui les avaient provoqués.

Vous devinez que je vais prendre pour exemples les inoculations pratiquées, dans un but expérimental, sur des sujets sains, avec du fluide de lésion secondaire. Là, le virus à employer avait été choisi; — sa qualité secondaire soigneusement mise hors de doute; — l'heure et le mode de la transmission avaient été bien déterminés; — de très-compétents observateurs, parfois un public nombreux, étaient aux aguets pour enregistrer les suites de l'expérience; — ces suites furent, durant les six premières semaines au moins,

soustraites à l'influence des spécifiques; — enfin, leur description fut immédiatement publiée, *ne varietur*, et par les auteurs eux-mêmes, condition essentielle pour une discussion profitable et sérieuse.

Eh bien! dans ces conditions de choix, où tout était vérifiable, où toutes les causes d'erreur, quant à ce qui concerne l'agent contagieux, avaient été écartées, qu'est-il arrivé? quel a été le résultat?

Assurément, une vérole faible, dit d'avance ma théorie; puisque l'on avait voulu puiser, et que certainement (pour la plupart des cas) l'on avait puisé l'agent contagieux à une lésion secondaire.

Or, en réalité, qu'est-il arrivé?

Une vérole incontestablement faible; tellement faible que, dans sa lésion primitive, l'on n'a pas reconnu la lésion primitive de la vérole ordinaire, de la vérole commune, de force moyenne.

Vingt fois, sous les yeux de syphiligraphes éminents, attentifs, la lésion ainsi produite a suivi son cours, hors de toute influence thérapeutique, sans qu'ils l'aient reconnue pour l'analogue de la lésion primitive de la vérole clinique vulgaire.

Aucun de ceux qui l'ont vue les premiers, cette lésion, aucun de ceux qui l'ont faite, n'a songé à lui donner le nom de *chancre*. Trouver que ce nom pouvait, à la rigueur, lui être appliqué a paru une découverte importante, assez importante pour devenir une aigre pomme de discorde entre deux auteurs qui s'en disputent la priorité. Et cette assimilation, — d'abord formulée par les deux contendants, remarquons-le, comme une simple vue de l'esprit, — a tellement frappé le monde savant par son étrangeté, qu'elle a été jugée digne de devenir le signe de ralliement d'une école qui s'obstine à la maintenir dans toute sa rigueur;

d'une école dont l'œuvre, à ses propres yeux, la plus méritoire, — et bien certainement à mon sens la plus laborieuse, — est de soutenir qu'il n'y a aucune différence entre la lésion primitive née du contact d'un chancre et la lésion primitive née du contact d'une plaque muqueuse !

Mais revenons aux inoculateurs de secondaire, et à la lésion née sous leur lancette. Quand je vois un chancre, moi, je l'appelle chancre. La lésion qu'ils ont créée, eux, ils ne l'appellent pas ainsi ; cela fait déjà une différence.

Pourquoi aucun d'eux ne lui a-t-il donné le nom de *chancre?...* Très-probablement, parce qu'elle n'en présentait pas les caractères.

Ce n'est pas tout. Non-seulement aucun n'appelle cette lésion *chancre;* mais plusieurs lui donnent une autre dénomination. A côté des *tubercules*, des *condylomes* (vagues désignations dont les traductions de l'anglais ou de l'allemand nous forcent de nous contenter), deux auteurs, Rinecker (1) et M. Gibert appellent positivement *plaque muqueuse, tubercule plat,* la lésion qui apparut au point inoculé. Et le dernier auteur maintient fermement, contre toute opposition, contre toute ironie, la justesse de cette appellation; appellation qui d'ailleurs n'avait été faite par lui que d'après la considération des caractères physiques de cette lésion qu'il avait vue lui, et que certes n'avaient point vue ceux qui datent de Lyon leur argumentation contre le médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(1) Rinecker dit que « la forme élémentaire par laquelle débute la syphilis transmise par lésion secondaire est *toujours la plaque muqueuse.* » — Voici donc, chose assez singulière, un expérimentateur qui a produit deux fois la syphilis par l'inoculation de la lésion secondaire ; chez les inoculés duquel on a dit, répété, soutenu que la lésion initiale avait été un *chancre;* et qui déclare, lui, que c'étaient, que ce sont toujours des *plaques muqueuses !*

Mais il y a plus encore. Nous avons l'avis des inoculateurs sur les caractères de la lésion initiale de leurs inoculés; nous savons comment ils ne l'appelèrent pas et aussi comment ils l'appelèrent. Après ce qu'ils en ont pensé, voyons ce qu'ils en ont fait.

Ces Messieurs se proposaient, on le sait, de prouver la contagiosité des *lésions secondaires*. C'est dans ce but, dans ce but *unique*, qu'ils avaient quitté la plume pour la lancette. Seul il pouvait, jusqu'à un certain point, excuser l'attentat qu'ils allaient commettre. Car de quel intérêt doctrinal, de quelle perspective de découverte, je vous le demande, auraient-ils pu exciper pour se croire autorisés à faire une chose aussi connue, aussi simple que l'est celle de voir un homme sain prendre la vérole par l'inoculation d'une *lésion primitive?...*

Eh bien! ces auteurs recommandables, ces spécialistes exercés, qui ne voulaient inoculer qu'une *lésion secondaire*, qui, dans la lésion où ils allaient puiser le fluide à inoculer, recherchaient, précisaient avec tant de soin les caractères objectifs propres à prouver qu'elle n'était bien réellement qu'une lésion secondaire... ils ont cependant trouvé cinq fois ces caractères-là tellement prononcés dans une lésion qui, en réalité, était *primitive*, qu'ils ont de bonne foi cru satisfaire aux conditions de leur programme en inoculant celle-ci. Cinq fois, par la méprise la plus étrange en théorie, mais la plus concevable en fait, Rinecker (1), M. Gibert et

(1) « Cette observation-là prouve, sous un autre rapport, contre vous, m'a-t-on dit. Ne soutenez-vous pas que la syphilis héréditaire transmet une syphilis plus grave? Or, le fluide dont l'inoculation produisit cette lésion primitive que vous dites si légère, ce fluide provenait justement d'une lésion d'origine héréditaire. »

Pour éclairer ce que cette objection contient de spécieux, je n'ai qu'à rappeler ce qui a été énoncé ci-dessus. Il y a, ai-je dit, une dimi-

l'anonyme du Palatinat, au lieu d'emprunter leur fluide à une lésion secondaire, l'ont emprunté à une lésion primitive. En effet, cette lésion était bien réellement primitive, puisqu'elle était la première qui se fût développée au lieu inoculé chez un sujet sain. Si elle a pu leur en imposer pour une secondaire, si elle en avait à ce point toutes les apparences, c'est uniquement parce que le fluide dont l'inoculation avait produit cette lésion était du fluide puisé à une lésion secondaire. Et notre honorable confrère, M. le docteur Guyenot, qui, très-loyalement, a noté cette circonstance, ne relève cependant l'erreur qu'avec discrétion. Il n'en maintient pas moins ces cinq faits-là au nombre des preuves expérimentales de la contagiosité des lésions secondaires; se bornant à remarquer qu'ils « prouvent au moins la contagiosité du virus syphilitique *de provenance secondaire.* »

Ainsi considérée en bloc, née dans des conditions qui

nution graduelle de *force*, subie par les diverses lésions d'une même syphilis, selon qu'elles appartiennent à un âge plus avancé de l'évolution de la maladie. Voisines de la période tertiaire, les lésions syphilitiques d'un individu donné ne transmettent plus une syphilis aussi forte que l'auraient transmise les lésions de la période secondaire de ce même individu.

La syphilis héréditaire est dans le même cas. Malgré la rapidité de sa marche, elle ne forme pas un tout indivisible; ses lésions sont donc, comme agent de transmission, de moins en moins délétères, suivant qu'elles appartiennent à une phase plus ou moins avancée de la maladie.

A ce point de vue, l'on ne s'étonnera pas que l'inoculation de Rinecker n'ait produit qu'une syphilis assez faible, quoiqu'elle provînt, — par deuxième transmission, — d'un enfant infecté héréditairement, lorsqu'on réfléchira que le fluide à inoculer fut pris sur cet enfant *sept jours* seulement avant sa mort, à un moment où il en était à sa *troisième* poussée syphilitique, où il avait déjà, et depuis plus de vingt jours, des *nodus*, lésion qui, à elle seule, dénote évidemment une syphilis tertiaire?

neutralisent autant que possible toute cause modificatrice étrangère à l'agent contagieux, telle est, telle se présente la lésion primitive de la vérole qui résulte du contact d'une lésion secondaire. A vous, Messieurs, de décider à quel point elle ressemble au chancre induré, au chancre hunterien, tel que les descriptions classiques vous l'ont fait connaître, tel que vos propres souvenirs vous le rappellent.

Mais les autres accidents, les lésions ultérieures de la vérole, ce qu'on appelait jadis les *symptômes constitutionnels*, participent-ils de cette bénignité comparative? Voilà ce qu'il faut maintenant examiner.

Examiner?... Non pas, Messieurs. Je recule, — et moins encore voudrais-je vous l'imposer, — devant ce fastidieux travail qui consiste à interpréter, dans un but d'atténuation ou de grossissement, la durée de telle incubation, la profondeur de telle exulcération, l'état croûteux ou seulement squameux de telle plaque, etc., etc. Ce travail, je le laisse volontiers à celui de mes adversaires qui voudra l'entreprendre; et je me contente, quant à moi, d'en appeler à la clinique, non pas telle que je pourrais vous la présenter, mais telle que vous l'étudierez vous-même dans le grand livre, le seul qui ne mente jamais, le seul contre lequel personne n'est en droit de s'inscrire. L'expérience des luttes passées m'ôte tout désir de les recommencer, parce qu'il m'enlève tout espoir de les poursuivre, sur ce point du moins, avec quelque profit pour le progrès. Depuis qu'on me présenta, depuis qu'on nous a donné comme une *belle éruption d'érythème papuleux*, ce que j'ai vu, de mes yeux vu, être une de ces roséoles tellement fugaces qu'elles s'évanouissent spontanément en dix ou douze jours, je me suis dit qu'il n'y a pas plus d'avantage pour la science que pour la confraternité à répéter, de part et d'autre, deux assertions aussi radicalement opposées; que quand, sur un

fait matériel, deux manières de voir contraires se produisent, se soutiennent avec une ténacité et, — je dois le croire, — avec une loyauté égales, ce n'est plus qu'à l'expérience générale, à l'expérience éclairée et désintéressée, de prononcer entre elles.

Toutefois, à défaut des faits, — que je possède, mais que je réserve, — rien ne m'empêche de citer mes autorités. L'idée de deux degrés inégaux de force entre la syphilis que transmet la lésion primitive et la syphilis que transmet la lésion secondaire, éclate dans l'œuvre entière de Carmichael, — ce profond observateur si méconnu, si travesti, — ainsi que dans celle, beaucoup moins pratiquement élaborée, il est vrai, de Wallace. Quant à Rinecker, il a trouvé entre ces deux sortes de syphilis des différences d'intensité telles qu'il croit devoir les consacrer par une dénomination différente, qu'il appelle la première maladie *syphilis proprement dite*, réservant à la deuxième le nom de *syphiloïde*.

Mais pourquoi amonceler des autorités contre une École, quand nous avons pour nous cette École elle-même, confessant par la bouche de son digne chef, de M. le docteur Rollet, que « les éruptions dites constitutionnelles ont toujours été assez bénignes après les inoculations que nous connaissons (1)? » Mon cher collègue me permettra d'arrêter là la citation; — déclaration répétée, pour ce qui concerne la transmission clinique, par l'un de ses plus fidèles et plus savants disciples, M. le docteur Chabalier, qui écrit : « La syphilis communiquée par un accident secondaire semble avoir perdu de son intensité. Les éruptions qui sui-

(1) *Gazette médicale de Lyon*, 1860, p. 265. — Or, on ne connaissait guère, alors, d'autres inoculations que celles faites, directement ou indirectement, avec le fluide de lésion secondaire.

vent l'accident primitif paraissent moins graves et plus courtes (1). »

Après de semblables aveux, qu'aurais-je à ajouter, Messieurs? Pas un mot qui n'en affaiblît la concise éloquence : pas un argument; en l'absence de contradicteurs, il se perdrait dans le vide. Rappelons-nous seulement que M. Gibert a publié un travail spécial dans le but de faire connaître les avantages que ses inoculés ont tiré de l'inoculation pour la guérison des maladies cutanées dont ils étaient antérieurement porteurs. Et, sans nier une seule des assertions de notre éminent confrère, sans même émettre ici le désir de voir paraître à cet intéressant mémoire une *Suite*, calculons, s'il est possible, quelle bénignité exceptionnelle a dû avoir dans ces cas la maladie transmise, pour que, en France, un médecin d'hôpital ait pu ainsi se féliciter publiquement, et féliciter ses malades, de leur avoir donné la vérole !

Différences de résistance de l'organisme infecté.

2° *Influence du terrain.* — Ces influences, Messieurs, sont plus difficiles sans doute à démontrer que les précédentes; mais elles ne sont ni moins réelles ni moins efficaces. Croire à leur action, ce n'est que se conformer aux principes de la vraie clinique. Vous les admettrez sans conteste, Messieurs. N'y êtes-vous pas d'avance tout disposés, façonnés par vos maîtres, qui vous ont dit, qui vous répètent chaque jour, en fait de pronostic, d'étudier le malade autant, sinon plus, que la maladie?

Mais avant de commencer cet exposé, il me faut dissiper un doute que j'ai peut-être contribué à jeter dans vos esprits. Tout à l'heure, à propos du *dualisme chancreux*, je félicitais M. Bassereau d'avoir réduit à sa juste valeur, à

(1) Thèse inaugurale, mars 1860, p. 111.

néant, l'influence de ces conditions individuelles. Mais de ce qu'elles ne sauraient suffire à créer, avec un même germe, deux maladies différentes, de ce qu'elles sont inaptes à faire d'une chancrelle une syphilis, il ne s'ensuit pas qu'elles ne puissent imprimer à la même maladie des modifications quant à sa marche, sa gravité, sa durée. Il en est ainsi de toutes les affections, même de celles qui, comme les fièvres éruptives ou la typhoïde, ont un cours réglé et rapide. A plus forte raison doit-il en être ainsi de la syphilis dont l'évolution lente, dont les longues incubations laissent aux conditions inhérentes au sujet atteint, tout le temps nécessaire pour agir, pour exercer leur pouvoir modificateur.

Nieriez-vous, cependant, la réalité de l'influence individuelle, Messieurs? Exagérant un principe vrai au fond, voudriez-vous soutenir que, en matière de maladies virulentes, la cause, étant spécifique, doit avoir un effet souverain, faire plier toutes les idiosyncrasies devant l'égalité de sa toute-puissance?... Écoutez deux exemples, deux faits d'expérience : ils suffiront pour vous ramener de ces hauteurs spéculatives au positivisme du monde clinique.

Voulez-vous, d'abord, une preuve de l'empire exercé par l'âge, par la force de constitution?... Rappelez-vous seulement que la piqûre de cinq ou six guêpes, lésion qui glisserait inaperçue sur un adulte, peut tuer un jeune enfant. Dans ce même ordre de faits, M. le docteur Morisson a cité tout dernièrement l'histoire d'un enfant de cinq ans, que la piqûre d'un scorpion fit mourir au bout de vingt-trois heures, bien que la cautérisation eût été pratiquée par un médecin *aussitôt* après l'accident, et que tous les soins nécessaires lui eussent été donnés (1). « C'est là, ajoute l'au-

(1) *Bulletin médical du Nord*, mars 1863.

teur, le seul cas de mort, par piqûre du scorpion, qui me soit connu. »

Voulez-vous, maintenant, une preuve de l'influence exercée par ce *nescio quid*, réfractaire à toute prévision comme à toute explication, qu'on a nommé idiosyncrasie?... La chose peut paraître moins aisée; mais je suis cependant en mesure de vous la fournir, cette preuve, et prise, cette fois, dans notre sujet même. J'ai vu, j'ai pratiqué moi-même diverses inoculations dans le but d'essayer le pouvoir curatif de la syphilis sur des cancéreux. Or, soit entre les mains de M. Rodet, soit dans celles de M. Rollet, soit dans les miennes, jamais aucun résultat positif n'a été obtenu. Le fluide inoculé avait le plus souvent été pris à une lésion secondaire; mais, une fois, à l'Antiquaille, on employa le fluide d'un chancre primitif fortement induré. Il ne se développa, néanmoins, au point piqué, qu'une efflorescence papuloïde insignifiante; aucune adénopathie ne se manifesta; et, quoique tenu en observation pendant plusieurs mois, ce malade n'offrit, non plus que les autres, aucun des symptômes généraux dénotant l'infection. Ils avaient tous déclaré, bien entendu, n'avoir pas eu antérieurement la syphilis.

Voilà donc toute une série d'individus réfractaires; voilà une idiosyncrasie, — morbide, si l'on veut, mais à caractère bien déterminé, — qui jouit du pouvoir de *neutraliser* le virus syphilitique. Peut-on, en conséquence, se refuser, *à priori*, à croire que d'autres idiosyncrasies puissent le *modifier?*

Ainsi, rien n'est plus réel que l'action modificatrice exercée sur la syphilis par les conditions propres au sujet infecté. Mais rien, non plus, n'est moins facile à calculer et surtout à prévoir. A part quelques données très-simples, très-positives, et qu'un seul coup d'œil révèle, cette étude

ne comporte pas les supputations exactes que l'appréciation des conditions tenant à la graine nous a permises. On sait, la raison nous dit, l'expérience nous apprend qu'il y a une influence exercée ; mais bien souvent on ignore soit à quel degré, soit même dans lequel des deux sens, aggravateur ou mitigateur, elle agit.

Cette incertitude qui, — je le répète, ne doit point faire nier l'empire très-réel des influences tenant au terrain, — dépend de plusieurs causes.

Elle prend sa source, d'abord, dans l'objet même de l'analyse à faire, dans la nature si essentiellement obscure de tout ce qui tient à la constitution de l'homme, à la détermination de sa force de résistance.

Puis, ce n'est pas seulement la résistance *actuelle*, au moment de l'invasion syphilitique, qu'il importe de connaître. Il faudrait savoir aussi quelles influences, bonnes ou mauvaises, viendront à la traverse, durant le cours de la maladie qui commence.

L'étude du passé n'est pas moins nécessaire. Certaines causes, telles que l'habitude des alcooliques, par exemple, laissent l'homme dans un état en apparence très-satisfaisant. Puis, à un moment donné, sous l'effet d'une secousse organique, d'un ébranlement moral, d'une intoxication, le désordre latent qu'elles avaient de longue main fomenté se trahit par un défaut de résistance sur lequel l'observateur le plus clairvoyant n'avait pas compté.

Enfin, ces causes-là étant de tout ordre, comprenant dans leur domaine les antécédents du sujet, sa constitution native et acquise, son tempérament, l'hygiène qu'il a suivie, suit et suivra, sa susceptibilité morale, etc., on comprend qu'elles peuvent se contre-balancer les unes par les autres, de manière à rendre toujours ardue, souvent impossible la tâche dévolue au médecin de prévoir dans quel sens agira

l'influence déterminante, la résultante de ces forces diverses ou opposées.

Ces légitimes réserves étant faites, voici ce que j'ai à vous dire, ce que j'ai observé de plus positif en ce genre.

Antécédents syphilitiques personnels ou héréditaires.

Il est, d'abord, une cause incontestable, ce sont les *antécédents syphilitiques* du malade que vous avez à examiner. Un homme vient vous consulter pour un chancre. Ce chancre est manifestement induré, il en a tous les caractères locaux; seulement, l'adénopathie, ce compagnon constant, obligatoire du chancre, fait défaut. Surpris de ne pas la trouver, vous interrogez le client, et il vous apprend que, trois, quatre, dix ans auparavant, il a déjà eu la syphilis. Concluez, alors, et sans crainte de vous tromper, que, très-probablement, tout se bornera chez lui au travail local du chancre sans aucun retentissement morbide sur l'organisme. Ou, si des symptômes généraux viennent à éclater, sachez et affirmez qu'ils seront très-probablement beaucoup moins graves qu'ils ne l'auraient été sans cette circonstance, qu'ils ne l'ont été dans la première syphilis subie par cet individu (1).

Mais si la syphilis d'un homme l'exempte ou le soulage d'une infection ultérieure, la syphilis subie par ses ascendants joue-t-elle, à son égard, ce même rôle bienfaisant? Comme les parents peuvent transmettre la vérole, il ne répugne pas de supposer qu'ils peuvent également transmettre l'aptitude à en défier l'atteinte. Si donc, au moment où vous avez procréé un fils, vous vous trouviez bien guéri, à la période où l'immunité syphilitique est acquise, il n'y a rien d'irrationnel à supposer que votre fils participera à la même immunité. C'est un héritage comme un autre, me disait à

(1) Voyez Note 2.

ce sujet Ricord; et si le fait vient à se confirmer par des exemples bien tranchés, il y aurait là un nouvel article à ajouter au Code civil, chapitre des successions!

Vous comprenez, d'ailleurs, Messieurs, que quant à cette dernière cause, quant à ce qui vient du fait des ascendants, influence que quelques faits de ma pratique m'autorisent à tenir pour très-réelle, le médecin, alors même qu'il la soupçonne, est le plus souvent dans l'impossibilité d'en constater d'une manière positive l'existence.

Constitution. — Santé antérieure.

L'influence de la constitution ne saurait être niée. Les exemples que je vous citais à l'instant, de l'action légère ou mortelle des venins suivant l'âge de l'individu, s'appliquent rigoureusement au cas présent. Il est donc bien entendu, il aurait pu être sous-entendu, qu'une forte constitution, exempte de causes d'affaiblissement passées et présentes, crée une somme de chances favorables pour que l'élimination du virus ait lieu le plus facilement et avec le moins de préjudice possible pour l'organisme.

Tempérament.

Je n'ai point remarqué, parmi mes malades, de différences bien sensibles sous ce rapport, malgré le fâcheux renom qu'a le tempérament lymphatique. Je n'ai pas même vu que les engorgements ganglionnaires syphilitiques, primitifs ou secondaires, fussent plus volumineux et plus durables chez les sujets atteints de cette dyscrasie.

Il est cependant une remarque que je crois justifiée par l'expérience, et que, sans chercher à l'expliquer, je vous livre telle qu'elle m'a frappé. Défiez-vous de la vérole chez les blonds. Chez eux, les impétigos, les ecthymas remplacent les papules, les squames; chez ces sujets, l'alopécie se perpétue et récidive; les plaques muqueuses se stratifient et se multiplient; il n'est pas, à proprement parler, de sur-

faces tégumentaires en contact réciproque qui ne deviennent le siége de ces plaques. Bref, les exemples de vérole persistant presque indéfiniment à l'état secondaire, dont j'ai souvenir, se rapportent, pour le plus grand nombre, à des blonds.

Age. J'ai été amené à bien préciser, à reconnaître expérimentalement l'influence de l'âge, par mes essais de traitement sans spécifiques. Plusieurs fois, après avoir reconnu à une vérole commençante les caractères qui la dénotent légère, et par conséquent spontanément curable, j'avais vu le mal s'accroître, les symptômes, pour ainsi dire, déborder. Or, après quelques mécomptes semblables, en en recherchant la cause, je m'aperçus que l'âge jouait ici un rôle considérable.

Je résumerai en deux mots le sens pratique de cette remarque : une vérole qui s'annonce comme faible peut être traitée et guérie sans mercure, tant que le sujet n'a pas quarante ans (1). Au-dessus de cet âge, n'essayez pas de l'expectation : tôt ou tard, vous seriez forcé d'en venir au traitement dont vous aviez d'abord cru pouvoir dispenser votre malade.

Il va sans dire que plus le sujet approche de cet âge, plus, à degré égal d'intoxication syphilitique, on doit craindre que le mercure ne devienne nécessaire. Il va sans dire, aussi, que le mot *vieillesse* n'a rien d'absolu, que tel homme peut être plus vieux à 35 que tel autre à 45 ans; que l'âge, en un mot, ne doit être considéré ici que par rapport aux présomptions qu'il fournit pour calculer, et surtout

(1) C'est également à cet âge qu'un observateur distingué, que M. Giraldès, pose la limite au-dessus de laquelle l'opération de l'ovariotomie lui semble être contre-indiquée.

pour prévoir, la force de résistance vitale du sujet. N'est-il pas naturel, d'ailleurs, que la période de la vie où la réparation est inférieure à la dépense soit la moins propice à l'épuration de l'organisme par ses propres forces?

Le bilan spécial de la femme s'établit sur deux bases égales et contraires, sur les *doit* et *avoir* les plus propres à s'équilibrer. Sexe.

En analysant les causes qui peuvent rendre la vérole plus ou moins forte dans l'un et l'autre sexe, on trouve d'abord que la femme a une résistance physique aux agents morbifiques, inférieure à celle de l'homme. Sous ce rapport, elle se rapproche tout à fait du vieillard.

Secondement, la disposition particulière qu'elle a à la chloro-anémie fait qu'elle est plus fréquemment, plus gravement et plus longtemps en proie à la *déglobulinisation*, qui est la conséquence de toute vérole commençante.

Enfin, puisque le praticien doit tenir compte de tout, remarquons que les femmes négligent leur maladie, soit au début, soit durant son cours; qu'elles ne comprennent la nécessité ni de l'exactitude, ni de la prolongation du traitement, et font, sous ce rapport, le désespoir des médecins qui persistent à croire la guérison obligatoirement attachée à l'ingestion d'un certain nombre de pilules.

Il faut en dire autant de leur mépris inné et incurable pour les plus vulgaires lois de l'hygiène. Vous ne parviendrez que très-exceptionnellement à imposer l'observance soit des prescriptions pharmaceutiques, soit des règles du régime à une femme dès qu'elle se sent délivrée de ses lésions actuelles, je dirais même de ses lésions *locales*.

Mais aussi, — et comme compensation résultant de ce même ordre de faits, — il faut considérer que l'insouciance propre au sexe sur sa santé spéciale, crée pour lui des conditions

tout à fait propices à la cure radicale spontanée. Les dames ne raisonnent pas avec leur médecin; elles ne lisent point de Traités *à la portée des gens du monde;* elles n'ont jamais entendu discuter *syphilis tertiaire*, *pérennité de la diathèse*, *dangers du mercure!* Elles ne s'inquiètent, même parmi les maux présents, réels, à peine que de ceux qui sont visibles ou gênants. Aussi, avec elles, jamais de syphiliphobie, jamais de ces préoccupations maniaques, passions déprimantes s'il en fut, qui, portant atteinte à la nutrition, constituent le plus sérieux obstacle que puisse rencontrer le travail d'épuration qui se fait par l'incessante rénovation des molécules organiques.

D'après mes observations, la syphilis, à son début, porte une atteinte plus profonde à la santé, chez la femme que chez l'homme. La pâleur, la prostration, l'inaptitude à la marche et à tout exercice physique, les crises névralgiformes marquent chez elles, d'un sceau très-apparent, les premières phases du mal. Aussi, en général, s'attend-on alors à des désordres ultérieurs en rapport avec la gravité de cette entrée en scène. En général, on se trompe. La vérole, soit comme *profondeur* des premiers symptômes, soit comme *tendance progressive*, n'est pas plus souvent forte dans l'un que dans l'autre sexe. Il m'est même arrivé très-fréquemment,— et c'est surtout là que j'ai pu recueillir les observations les plus frappantes de cure spontanée, — de retrouver au bout de quelque temps, complétement et définitivement guéries, sans qu'elles eussent fait autre chose qu'un traitement insignifiant, des femmes que j'avais tout d'abord jugées assez sérieusement malades. La nature, leur nature, fait beaucoup contre elles au début, beaucoup pour elles, une fois qu'elles sont remises du premier choc.

Je devrais poursuivre cette étude, Messieurs, je devrais

maintenant passer en revue d'autres causes non moins puissantes d'aggravation ou d'atténuation, celles qui résultent du climat, de l'alimentation, de l'aération, du moral, etc. Je m'arrête cependant, et je m'arrête à dessein. Celles de ces influences, que j'ai jusqu'ici examinées, la constitution, l'âge, le sexe, sont des influences essentielles, que l'art ne peut modifier ; il doit les accepter, et par conséquent il les étudie telles qu'elles sont.

Mais, quant aux autres, le médecin ayant prise sur elles, ne saurait se borner à en tracer la stérile nomenclature. En même temps que nous les énoncerons, nous aurons à vous enseigner comment on peut les prévenir, les corriger, les contre-balancer, les utiliser même. Aussi en ajourné-je volontairement l'exposé jusqu'à la fin de la troisième leçon, au moment où nous dresserons l'inventaire de nos ressources thérapeutiques, parmi lesquelles l'emploi, la direction des influences hygiéniques figure en première ligne.

Vous connnaissez maintenant, Messieurs, les causes qui font la syphilis forte ou faible. Vous êtes en mesure d'apprécier leur valeur. Elle est incontestable : mais ne l'exagérons pas ou plutôt ne demandons pas à l'étude de ces causes ce qui est hors de leur portée réelle. Étiologiquement, elles sont toutes puissantes : car ce sont elles qui créent la vérole. Mais elles sont bien moins éloquentes, elles deviennent presque muettes lorsqu'on leur demande, au lieu d'une explication du passé, un indice pour l'avenir. Toutes plus ou moins obscures, quelques-unes impénétrables de leur nature, se neutralisant parfois, naissant, croissant, changeant durant les diverses phases de l'évolution morbide, leur variabilité non moins que leur latence est faite pour décourager le pathologiste qui voudrait fon-

der sur elles seules son pronostic. Elles servent, en un mot, à rendre compte du fait accompli bien plus qu'à prévoir ce qui arrivera.

Mais voulez-vous, Messieurs, au lieu de ces éléments vagues et imparfaits, des signes positifs? voulez-vous les moyens de connaître ce qu'une syphilis naissante porte dans ses flancs, si elle sera forte ou faible, menaçante ou bénigne?..... A mercredi prochain : nous en causerons en famille.



DEUXIÈME LEÇON.

Symptomatologie des syphilis faibles ou fortes.

La syphilis est une maladie distincte des autres maladies dites vénériennes.

Il existe, on observe des syphilis faibles et des syphilis fortes.

Ces divers degrés se rapportent chacun à une cause ou à une classe de causes spéciales.

Voilà ce qui ressort de notre première conférence.

But spécial et définition de la symptomatologie différentielle.

Connaissant les causes des deux degrés de vérole, il s'agit maintenant d'examiner les signes qui sont propres à chacun d'eux. Mais je dois, dès à présent, Messieurs, vous rassurer sur l'étendue que vous craignez sans doute de voir prendre à cette description. Elle pourrait être indéfinie, puisqu'elle

embrasse la syphilis tout entière : elle sera limitée, parce qu'elle a un but précis et bien marqué.

En effet, l'objet de l'analyse que nous poursuivons ensemble n'est pas de décider, une fois la maladie terminée, si cette maladie appartenait au degré faible ou au degré fort. L'important, — et le difficile, — consiste à tirer de l'étude attentive des premières phases du mal, des indices qui permettent au médecin de découvrir à temps si ce mal s'annonce comme devant être fort ou faible. La modification thérapeutique que je propose, — (l'indication du mercure dans le premier cas, sa contre-indication dans le deuxième), — est en effet basée tout entière sur cette détermination, et sur la possibilité de l'établir de bonne heure.

Ce n'est donc pas seulement de la symptomatologie, ce n'est pas seulement du diagnostic différentiel que nous entreprenons ici ; c'est une sorte de différenciation séméiologique qui soit capable d'éclairer sur les différences futures ; c'est, pour le dire d'un mot, un *diagnostic prévisionnel.*

Préciser le but de nos efforts, c'est en circonscrire le champ. Ainsi je n'aurai pas à vous décrire les objets, je n'ai qu'à vous montrer les linéaments qui les distinguent et les séparent.

Comme, toutefois, pour saisir les nuances d'un tableau, il faut avoir d'abord jeté un coup d'œil sur l'ensemble de la toile, esquissons en deux coups de crayon l'évolution de la syphilis.

Histoire naturelle de la syphilis.

Huit phases, huit traits, distincts quoique successifs, marquent le cours de toute syphilis (1), et intéressent à un plus ou moins haut degré le médecin qui l'observe.

Il y a à rechercher, d'abord, quel a été l'agent de l'infec-

(1) Je ne parle pas en ce moment de la syphilis héréditaire.

tion dont un individu est frappé; en d'autres termes, il faut s'enquérir de la provenance et de la nature du principe contagieux dont l'insertion a produit chez lui la maladie : *cause contaminante.*

L'on doit ensuite prendre en considération le temps qui s'écoule entre le moment où l'agent contagieux a été déposé dans les tissus, et le moment où une première lésion appréciable a pu être observée au point touché par cet agent : ce laps de temps est ce qu'on nomme la *première incubation.*

Ensuite, une lésion s'observe au point qui a subi le contact. Cette lésion est toujours la première de toutes celles auxquelles va donner lieu l'action du virus syphilitique, et jamais dans la syphilis acquise elle ne fait défaut : c'est la *lésion initiale* ou *primitive.*

Entre le moment où la lésion primitive a paru et le moment où se manifestent d'autres lésions disséminées sur diverses parties, dans divers tissus, il s'écoule un laps de temps durant lequel la lésion primitive est la seule qui existe : c'est la *deuxième incubation.*

Immédiatement avant l'apparition des lésions disséminées (dont je vous parlais tout à l'heure), on remarque un trouble de l'organisme, un appareil symptomatologique, l'analogue de celui qui précède l'éruption des exanthèmes fébriles : ce sont *les prodromes.*

Bientôt éclatent les lésions spéciales sur la peau, sur les muqueuses, les tissus fibreux, le système nerveux, etc., tous les désordres variés et multiples auxquels autrefois on réservait à tort le nom de symptômes constitutionnels : c'est *la première poussée des symptômes généraux.*

A ces diverses lésions, primitives puis secondaires, correspondent des engorgements de ganglions lymphatiques, engorgements dont l'absence aussi bien que la présence, dont la constance dans certains cas, la variabilité dans

d'autres, ont une signification pathogénique et pronostique des plus importantes : c'est *l'adénopathie.*

Enfin, le plus souvent, les lésions générales ne se bornent pas à paraître une seule fois. Après avoir cédé, elles se manifestent de nouveau sous diverses formes, en s'atténuant ou en s'aggravant, dans les mêmes régions, sur les mêmes tissus ou dans d'autres : ce sont les *récidives*, ou plus exactement, les *poussées successives*.

Tels sont, Messieurs, les traits essentiels de l'évolution syphilitique. C'est dans leur étude approfondie que gisent les éléments du diagnostic prévisionnel que je veux établir. Déterminer en quoi chacun de ces traits diffère selon que la vérole à laquelle il appartient est forte ou faible, c'est vous donner la clef du seul problème qui nous intéresse, c'est vous apprendre, — et vous apprendre assez tôt pour que votre thérapeutique s'en éclaire, — à discerner si cette vérole sera forte ou sera faible. Passons donc en revue, l'un après l'autre, ces huit chefs, auxquels se rattachent naturellement toutes les notions théoriques et pratiques de pathologie syphilitique, que j'ai à vous exposer.

Cause contaminante.

1° La connaissance de cet élément de diagnostic est d'un intérêt majeur. Il n'y a besoin d'être ni médecin, ni philosophe pour comprendre avec quelle certitude on peut préjuger l'effet dès qu'on est édifié sur la cause. C'est là une de ces vérités qui n'ont besoin que de s'énoncer. Chacun la saisit d'instinct, depuis le savant qui y asseoit avec confiance tout un système de zoologie transcendante, jusqu'au mari qui économise sans scrupule les frais d'une consultation, sûr de pouvoir faire servir à sa pauvre femme celle qu'il vient de recevoir pour lui dans notre cabinet. Si les *confrontations* ont eu tant de succès en syphiligraphie, si elles ont tranché tant de problèmes jusque-là inextricables,

c'est en vertu de cet argument qui s'impose avec la force de l'évidence; c'est parce qu'on ferme invinciblement la bouche aux plus arriérés comme aux plus sceptiques, lorqu'on est, par exemple, en mesure de leur dire : « Vous soutenez que le chancre peut transmettre la chancrelle!... mais voyez donc ces dix hommes, ces dix chancrelleux : voici les femmes qui les ont contagionnés. Eh bien! aucune d'elles n'avait, n'a, n'a eu autre chose qu'une chancrelle. »

Mais si la confrontation est fructueuse, décisive, quand il s'agit de préciser la filiation de deux maladies différentes, elle devient, sinon plus incertaine, du moins plus embarrassante à utiliser, lorsqu'il faut dévoiler la transmission de degrés, de nuances morbides. Outre les difficultés générales qui sont inhérentes à ces sortes d'examen comparatif de deux individus, il y en a, dans l'espèce, de particuliers.

Ainsi la syphilis héréditaire, nous le savons, joue dans le cours des propagations syphilitiques un rôle aggravatif; toute vérole qui procède immédiatement ou médiatement d'une lésion congéniale puise dans cette origine une cause de renforcement. Or, croyez-vous bien facile de reconnaître, chez un sujet donné, l'existence de cette cause? Bien souvent il faudrait, pour la découvrir, remonter à la source des deux, des trois transmissions précédentes, dont celle dont vous avez à déterminer la nature porte encore le reflet, mais n'est que le produit indirect.

Autre obstacle plus fréquent : Un homme se présente à vous avec une lésion primitive, un chancre. Vous réussissez, je le suppose, à pouvoir examiner la femme suspectée, et vous la trouvez en pleine première poussée de syphilis. Oh! plus de doute. Évidemment c'est une lésion de nature syphilitique, et non pas une chancrelle, qui a produit le chancre de votre client; et le dogme *dualiste* compte un nouveau triomphe!...

Mais désirez-vous quelque chose de plus précis, et j'ajouterai de plus utile? Au lieu de cette notion désormais banale, voulez-vous cherchez dans la lésion de la femme un indice de la gravité du mal futur de l'homme? Vous proposez-vous, en un mot, de faire non pas de la syphiligraphie générale, théorique, mais de la syphiligraphie comparée, pratique?... Ici commencent les difficultés.

Admettons en effet que le malade avait, *en réalité*, son chancre depuis dix jours, lorsqu'il est venu vous consulter. — Les clients ne se hâtent pas ordinairement beaucoup plus.

Admettons que l'incubation de ce chancre a duré chez lui quinze ou dix-huit jours. — C'est une moyenne assez généralement acceptée.

Admettons enfin, — c'est bien le moins, — qu'il a fallu deux ou trois jours, pour permettre au client de retrouver la femme infectante, de la décider à venir, de l'amener chez vous pour la soumettre à votre examen.

En additionnant ces chiffres, 10, 18 et 3 je trouve un total de 31 jours.

Ainsi, trente et un jours se sont déjà écoulés depuis que l'infection a eu lieu, au moment où vous cherchez à déterminer la nature de la cause infectante. Ainsi, c'est fort souvent chez une femme qui porte encore une lésion primitive et déjà des lésions secondaires qu'il vous faudra discerner si c'est de la sécrétion de l'une ou de la sécrétion des autres, qu'est provenu l'agent contaminant.

Je n'accumule pas des obstacles possibles pour en faire des impossibilités constantes, Messieurs. Loin de moi l'intention de vous détourner de ces recherches dont la pratique rationnelle n'a pas moins à attendre que la science positive n'y a déjà gagné. J'ai bien plutôt voulu, par cet avis, vous mettre en garde contre le découragement où vous tomberiez à coup sûr, si vous n'étiez pas prévenu que, à

côté des causes d'incertitude dues à l'insouciance, à l'oubli, aux mensonges des sujets confrontés, il vous faudra compter avec d'autres encore qui tiennent à la nature même des choses, c'est-à-dire au cours régulier de la maladie, à la lenteur avec laquelle ses phases se succèdent.

Il n'en est pas moins vrai, cependant, que lorsque vous rencontrerez des malades attentifs, ou lorsque vous parviendrez à fixer leurs souvenirs par un interrogatoire précis, vous obtiendrez souvent de l'examen, — à quelque époque qu'il soit fait, — du sujet infectant, de précieuses lumières pour vous aider à prévoir le degré d'intensité de la maladie du sujet infecté.

Différences de la première incubation.

2° Catanée avait déjà signalé avec précision le rapport qui existe entre la durée de cette incubation et la qualité du virus qui y donne lieu : « Si videris, dit-il, infectionem diu latere, judica virus obtusam qualitatem habere. »

Une double voie s'offre pour vérifier la justesse de cette sentence. D'abord chercher si l'incubation de la lésion primitive est plus longue dans les cas où cette lésion est née du contact d'une lésion secondaire, que dans les cas où elle est née du contact d'une lésion primitive. Chercher, deuxièmement, si l'incubation avait été plus longue dans le cas où la syphilis s'est ensuite montrée avec une intensité supérieure. — Je ne m'occuperai, en ce moment, que de la première de ces deux déterminations.

Or, pour élucider ce point, il serait sans doute à désirer, il serait même peut-être indispensable de pouvoir opérer exclusivement sur des faits expérimentaux, où tout se calcule au jour et à l'heure, où l'on sait le moment précis de l'insertion virulente, puis le moment où apparaît la lésion au point contagionné.

Mais ces exigences ne paraissent pas près d'être satisfaites ; et nous en félicitons l'humanité, sinon la science.

On a pu croire utile, il a pu sembler excusable, — jamais à nous, toutefois, — de démontrer par l'inoculation le dogme de la contagiosité secondaire ; et ainsi a été recueillie une série de cas de vérole d'origine secondaire, assez bien détaillés, assez nombreux pour fournir des données précises à la solution du problème qui nous occupe. Eh bien ! en prenant le chiffre de l'incubation dans les dix seules histoires de cet ordre (1) où le laps de temps ait été évalué avec assez de précision (2), on obtient une moyenne de 28 jours 7/10.

Mais pouvons-nous dresser une liste aussi complète de cas de vérole résultant de l'inoculation d'une lésion primitive? Non : ceux en petit nombre qui les ont commises, ces inoculations, sentent l'impossibilité de couvrir leur action du prétexte d'un intérêt scientifique quelconque. Ils donnent, en conséquence, aussi peu de détails que possible, ne se souciant de découvrir ni leur nom, ni le lieu, ni le jour de l'expérience ; et par devoir confraternel, je dois imiter ici leur réserve. En fait d'inoculations de ce genre, je n'en connais que deux de valables, c'est-à-dire où l'on se soit servi du fluide d'un *chancre induré bien caractérisé* (3). De

(1) Les deux faits de Wallace, celui de Vidal, les deux de Waller, la première de Rinecker, celui de M. Guyenot, les premier, deuxième et quatrième de M. Gibert.

(2) L'incubation, dans chacun de ces dix cas, a été de 29, 30, 35, 25, 34, 28, 28, 18, 25 et 35 jours.

(3) J'élimine de cette catégorie l'expérience de Rinecker (2e obs.) et celle de M. Gibert (3e obs.), quoique l'inoculation y ait été faite avec du fluide de lésion primitive. En effet, cette lésion primitive avait été produite par l'inoculation du fluide d'une lésion secondaire. Les caractères physiques et le pouvoir transmissif de cette lésion pri-

ces deux cas, l'un eut lieu à l'Antiquaille ; les principales circonstances en ont été publiées. L'autre, qui s'est passé plus récemment dans l'hôpital d'une grande ville, m'a été communiqué par un témoin digne de toute ma confiance.

Or, l'incubation, dans le premier cas, fut de 17 jours ; dans le deuxième de 19 : moyenne — 18 jours.

Mais si l'expérimentation se refuse à nous fournir la contre-partie suffisante des inoculations secondaires, ne pourrons-nous l'obtenir indirectement, et non moins probante, par une autre voie ?... Oui : et c'est l'observation clinique qui va nous la livrer.

Pendant six mois j'ai interrogé avec le plus grand soin tous ceux de mes malades qui se présentaient porteurs de chancres *infectants*. Et je me fis, pour plus de garantie, un devoir de n'enregistrer la réponse que des clients

Dont les chancres étaient assez récents,

Dont les souvenirs me paraissaient sûrs,

Qui n'avaient vu qu'une seule fois la femme suspectée,

Qui, avant ce coït-là, n'en avaient pas eu d'autres depuis un mois, au moins.

Or, sur un total de vingt-neuf sujets, ainsi scrupuleusement triés sous le rapport de l'exactitude des commémoratifs, je suis arrivé à obtenir, pour la durée de l'incubation

mitive étaient donc aussi atténués que possible par le fait d'une semblable provenance.

D'ailleurs, dans le cas de M. Gibert, la durée de l'incubation n'a point été mentionnée, pas même d'une manière approximative.

Quant au cas de Rinecker, la durée de l'incubation ne fut que de 23 jours. Si l'on croyait devoir l'ajouter aux deux autres que nous faisons figurer ci-dessus comme exemples d'inoculation de lésion primitive, ce fait n'augmenterait donc que de *un jour et deux tiers* la moyenne de la durée de l'incubation dans les cas de cette catégorie.

entre le jour du coït et le début de leur chancre, une moyenne de 14 jours.

Mais présenté-je ce tableau comme ne renfermant que des exemples de contagion d'une lésion primitive?... Non assurément : je sais fort bien qu'il doit y figurer un certain nombre de cas où l'agent contaminateur fut une lésion secondaire. D'ailleurs les chiffres de 21, 22, 23 et 30 jours qui, dans l'addition (1), figurent à côté des chiffres moins élevés, représentent assez exactement, ce me semble, les

(1) L'incubation, telle que je l'ai notée, dans chacun de ces 29 cas, a été de 11, 16, 21, 10, 15, 10, 21, 12, 18, 15, 8, 15, 21, 23, 15, 1 (probablement une déchirure avait eu lieu durant le coït, et ce *traumatisme* en a imposé au malade sur l'époque du début réel de la lésion primitive), 18, 12, 12, 5, 8, 11, 9, 12, 30, 22, 20, 12 et 5 jours.

Si je ne craignais qu'on ne m'accuse de peser sur ce parallèle statistique, de vouloir faire parler les chiffres (ne parlent-ils pas assez haut en ma faveur?) je dirais :

Pour bien connaître la durée réelle de l'incubation, dans les cas de contagion, ajoutons deux ou trois jours à la durée de cette incubation, telle que l'ont désignée les souvenirs, toujours en retard, des malades. — Ceci n'est que juste, si l'on veut comparer ces cas aux exemples d'inoculation; car évidemment le client n'a pas, comme l'expérimentateur, attendu, épié, suivi jour par jour, découvert dès la première heure, la papule naissante.

Or, en procédant ainsi, en ajoutant trois jours, par exemple, à chacun des chiffres précédents, puis en en faisant deux séries selon que, ainsi additionnés, ces chiffres ne dépassent pas ou dépassent le nombre de 18 jours, on obtient :

1° Une série de 18 cas où la durée moyenne de l'incubation a été de 12 jours et 7/10;

2° Une série de 11 cas où la durée moyenne de l'incubation a été de 26 jours et 2/10.

D'après ce calcul, dont chacun peut à l'instant vérifier la justesse, ma statistique représente donc bien les faits de contagion par lésion secondaire à côté des faits de contagion par lésion primitive, puisque l'incubation, pour la syphilis de l'une et de l'autre provenance, y a offert, à un ou deux jours près, la même différence de durée que l'inoculation avait révélée d'une manière si saisissante.

premiers l'origine secondaire, les deuxièmes l'origine primitive du chancre. — Tout ce que j'affirme, ce qui assurément ne sera pas contesté, c'est que, dans ce nombre total, dans cet *assortiment*, pris tel que les hasards de la clientèle et de la contagion me l'envoyaient, il devait y avoir, il y avait bien certainement, sinon plus, du moins autant de chancres nés du contact d'une lésion primitive, que de chancres nés du contact d'une lésion secondaire.

Récapitulons:

Pour 10 cas d'*inoculation* de lésion secondaire, la moyenne de l'incubation a été de	28 jours 7/10.
Pour 2 cas d'*inoculation* de lésion primitive, la moyenne de l'incubation a été de	18 jours.
Pour 29 cas de *contagion*, soit de lésion primitive, soit de lésion secondaire, la moyenne de l'incubation a été de	14 jours.

Et concluons:

Que des différences aussi prononcées permettent de considérer la longueur de la première incubation comme l'attribut d'une syphilis qui (tout au moins quant à ce qui tient à sa provenance), promet d'être comparativement bénigne, et doit être traitée en conséquence.

3° La lésion primitive diffère-t-elle selon qu'elle est la première lésion d'une syphilis forte, ou la première lésion d'une syphilis faible? Différences de la lésion primitive.

Avant de traiter ce point, il y a une question préjudicielle à vider; question qui, si elle devait, comme quelques-uns le professent, être résolue par l'affirmative, rendrait inutile tout débat ultérieur. Avant de rechercher *à quoi* tiennent les différences de la lésion primitive, il s'agit, en effet, de savoir s'il y *a réellement* de ces différences; il s'agit,

en un mot, de répondre à la question suivante : « La lésion primitive n'est-elle pas identique dans toutes les syphilis? N'est-elle pas toujours *un chancre?* »

Cette question a eu le malheur d'être posée en même temps qu'une autre afférente, mais différente.

Lorsqu'il fut admis par Ricord, avoué par tous, que les accidents secondaires sont contagieux, un problème surgit qui n'avait, jusque-là, préoccupé personne, si ce n'est, assez incidemment, M. Langlebert : « Quand l'accident secondaire infecte, quelle est la première lésion qu'il développe au point contagionné, chez le sujet infecté? »

Parmi tant d'esprits que cette question surprenait à l'improviste, il se trouva un excellent esprit pour réfléchir que, si la contagiosité secondaire n'était définitivement promulguée que d'hier, elle durait depuis trois siècles et demi; que les produits de cette transmission étaient donc depuis longtemps exposés au grand jour; et que, puisque pour lésion initiale de toutes les véroles d'origine, soit primitive, soit secondaire, les cliniciens n'avaient noté, les théoriciens n'admettaient que le chancre, c'était donc le chancre qui devait être, qui était le seul produit initial de la contagion secondaire.

Mais cette détermination, qui parut d'abord si légitime et qui fut si entraînante, devait provoquer une réaction des plus utiles à l'étude nosographique. Tant qu'on n'avait assigné au chancre qu'une seule provenance, il avait semblé logique de conserver l'unité du *chancre* en l'élevant au rang d'un type morbide, en regardant toutes ses variétés comme des effets accidentels, sans cause fixe. Mais, du moment qu'il fallut lui reconnaître deux origines, il paraissait rationnel d'admettre qu'il pût avoir, sinon deux causes différentes, du moins une cause agissant à deux degrés différents, et par suite une modalité séméiologique variable. Et

ceux qui avaient fait prévaloir la contagiosité secondaire auraient donc dû, ce semble, être les premiers à reconnaître, à signaler dans les chancres, deux formes distinctes, en rapport avec les deux degrés de causes.

M. Rollet, ou n'aperçut pas ces nécessités logiques, ou ne sut pas en tenir compte. Peut-être aussi la manière dont il eut occasion d'exposer ses idées contribua-t-elle à les rendre exclusives, comme elle servit assurément à les accréditer. En fournissant de précieuses preuves cliniques de la contagiosité secondaire, notre collègue fit servir sa victoire à une double fin; et ses propositions obtinrent un assentiment presque général avant qu'on se fût aperçu qu'il y avait à y distinguer. Effectivement, sa théorie affirmait deux faits : la transmission de la syphilis par le contact de lésion secondaire, puis la formation constante d'un vrai chancre pour point de départ de la syphilis née de cette provenance. Le premier point étant démontré, on se laissa aisément aller à croire que contester le second était nier le premier, nier par conséquent l'évidence. Un peu d'interprétation aidant, quelque esprit de prosélytisme s'en mêlant, on n'eut qu'à rapprocher jusqu'au contact des espèces pathologiques, d'ailleurs dissemblables plus que différentes, et la doctrine du chancre partout, du chancre *quand même*, vit le jour. Triomphera-t-elle jusqu'au bout? ou doit-on croire qu'ici encore, comme pour tant d'autres questions syphiligraphiques, ce sera celui qui aura le plus distingué qui se trouvera avoir le mieux interprété la nature?

La diversité d'aspect qui existe entre plusieurs lésions primitives est un fait d'observation vulgaire. Qui voudrait le nier? Quel spécialiste, aujourd'hui maître consommé, ne se rappelle pas tel ou tel *chancre* que, à son début de clinicien, il méconnut, vu la faible induration qui l'accompagnait; chancre que, aujourd'hui, il sait deviner et qu'il

baptise à première vue, malgré la trompeuse bénignité de son apparence.

Dès longtemps, d'ailleurs, étrangers aux préoccupations doctrinales qui obscurcissent la vue ou entraînent la plume, d'excellents observateurs, rendant à la nature un hommage désintéressé, avaient soupçonné, vu, décrit, dénommé ces nuances variables de la physionomie du chancre syphilitique. Carmichaël, dans son très-remarquable ouvrage, fait une classe à part des chancres bénins, sous le nom de *patchy excoriation*. — C'est aussi la *superficial primary syphilis*, de Wallace.

Dans son premier Traité, en 1838, Ricord écrivait : « Le chancre présente souvent des variétés telles dans son aspect matériel qu'il semble alors constituer des maladies différentes (p. 134). » — Mais c'est de la chancrelle et du chancre, confondus à cette époque sous le nom générique de *chancre*, que Ricord signalait ici les rapports, me dira-t-on peut-être ! — Il m'est impossible de le croire, Messieurs, lorsque, quelques pages plus loin, à propos du tubercule muqueux, il s'exprime ainsi : « Chez quelques individus, le tubercule muqueux (plaque muqueuse) paraît être le premier symptôme par lequel débute la syphilis (p. 152). » Évidemment pour écrire, de sa main, une telle phrase et dans un article dont tous les termes ont été si soigneusement pesés, il fallait que Ricord eût observé des syphilis dont la lésion primitive offrait les caractères de la plaque muqueuse plus que les caractères du vrai chancre induré. Qu'on cesse donc désormais de lui attribuer, du moins dans son inflexible et inexacte rigueur, la fameuse loi : « Toute vérole commence par un *chancre*. » Vous venez de voir quel amendement radical l'excellent sens pratique du maître avait, dès l'origine, formulé à cette rédaction absolue. Il ne fit, du reste, que céder de plus en plus à ce premier mouvement,

commandé par la plus saine observation, lorsque quelques années après, dans tous ses écrits et dans tous ses cours, il donna, à côté du chancre induré, une place fixe et définitive au chancre *parcheminé.*

Cette voie était tellement pratique que tous les bons observateurs s'y engagèrent; tous ont suivi l'exemple, et plusieurs même sans savoir qu'il eût été donné. La *venerola vulgaris* d'Evans, *l'érosion chancreuse* de M. Bassereau, *l'affection condylomateuse* de Rinecker, *l'érosion superficielle* de M. Langlebert, ne représentent qu'un seul et même objet, que cette variété de lésion primitive à caractères objectifs atténués; variété que, conformément à ma nomenclature, j'appelle, moi, *érosion chancriforme.*

Existe-t-il donc, parmi les lésions primitives, deux classes à part, méritant chacune un nom distinct?... Oui et non? Oui : il y a réellement, on observe souvent des extrêmes tellement tranchés qu'une même dénomination ne saurait leur être applicable. Mais non : il ne serait pas possible, sans violenter la nature, de distribuer tous les cas de lésion primitive dans l'une ou dans l'autre classe. Entre les extrêmes on voit des intermédiaires qui rappellent au théoricien le plus tenté de l'oublier, que ces produits, en apparence si dissemblables, procèdent tous de la même origine.

Or, quand sans parti pris doctrinal, sans souci des conséquences que pourrait porter un aveu, quand en clinicien, c'est-à-dire empiriquement, l'on examine chez un grand nombre de syphilitiques leur lésion primitive, que voit-on?

On voit, d'abord, qu'elle est loin de présenter chez tous, un aspect, une évolution identiques. La différence, tantôt légère, tantôt très-accentuée, existe soit pour la durée de l'incubation, soit pour la durée de l'état papuleux qui précède l'ulcération, soit pour la profondeur (pour l'exis-

tence même) de cette ulcération, soit pour l'étendue et le degré de consistance de l'induration ambiante.

Mais, remarquez-le, ces traits distinctifs ne sont pas arbitrairement épars, la longue papulation, par exemple, se trouvant dans un cas associée à une forte induration, ou l'ulcération profonde se montrant dans un chancre qui a très-longtemps incubé..... Non. Les caractères *en moins* existent en général tous ensemble, de même que les caractères *en plus*. De telle sorte que, en les groupant (comme on les voit si souvent groupés chez les malades), on est conduit par l'observation la plus indépendante à décrire deux formes de lésion primitive, savoir :

Érosion chancriforme.

L'une, l'érosion chancriforme, où, après une longue incubation, apparaît une papule restant longtemps sous forme d'une élevure cuivrée, sèche; se desquamant ensuite, plus tard se couvrant d'une croûte ou plutôt d'une écaille mince. Celle-ci persiste ou se détruit, selon que le siége de la lésion est à l'air libre ou à l'abri de l'air. Sous la squame existe une surface rosée à peu près de niveau avec la peau voisine, fournissant un faible suintement séreux. La base est légèrement indurée, comme parcheminée; les ganglions lymphatiques correspondants sont durs, indolents.

Vrai chancre.

Dans la seconde forme, — vrai chancre, — moins de temps s'écoule entre l'action de la cause contagionnante et le début d'une lésion visible. Celle-ci passe rapidement à l'état d'ulcère. Cet ulcère, sécrétant un liquide moins séreux, plus abondant, s'étend en largeur et en profondeur. Il y a dépression, véritable perte de substance. Une induration large et consistante en occupe la base. Même état des ganglions.

On a fait, je dois le reconnaître, de vigoureux efforts

pour maintenir *l'unité symptomatologique du chancre.* Des arguments incisifs, de laborieux commentaires se sont produits pour m'amener à une concession que j'avais faite d'avance, mais que l'observation m'interdisait de compléter au gré de certains désirs doctrinaux. Pour moi, la lésion primitive, quelle que soit son origine, quelle que doive être la force de la syphilis dont elle est le premier indice, la lésion primitive, dis-je, a plusieurs traits qui sont *toujours* identiques. Toujours elle incube, toujours elle apparaît sous la forme d'une papule qui ultérieurement s'érode; toujours elle s'accompagne d'adénopathie; toujours elle précède de plusieurs semaines l'invasion des symptômes généraux. Mais à part ces caractères (caractères d'évolution plus que de forme), je persiste, — dût-il en ceci ne me rester, à l'Antiquaille, d'autre allié que les syphilitiques, — je persiste à dire que les lésions primitives, que les *chancres*, sont extrêmement loin de se ressembler chez tous les sujets.

En voulez-vous des preuves? Regardez autour de vous, Messieurs; je ne vous demande pas autre chose que de fermer les oreilles et d'ouvrir les yeux. Examinez non-seulement les malades, mais les écrits spécialement publiés pour soutenir la doctrine du *chancre toujours et partout identique.* Et lorsque vous y voyez, par exemple, le mot *induration* manquer huit fois sur treize, dans le relevé d'observations recueillies expressément pour prouver que tous les caractères du chancre existaient chez ces treize malades, vus par l'auteur lui-même;

Lorsque, dans une thèse de la même école, vous trouvez le mot *ulcération,* ajouté sans façon à la traduction d'un texte allemand;

Lorsque surtout, à propos de quelques cas de vérole d'origine secondaire, vous y lisez ceci : « Les enfants des nour-

rices furent infectés. Qu'eurent-ils? Des chancres infectants des lèvres, provenant du chancre infectant du mamelon. L'auteur *ne note pas* ce chancre spécial aux lèvres. Cependant les choses *n'ont pu* se passer autrement... »

Lorsque, en preuve de la virulence d'un ulcère, vous entendez alléguer *sa largeur*, largeur tenant uniquement à ce que cet ulcère résultait de la réunion de quatorze inoculations contiguës;

Lorsque, toujours dans cette vue, l'on vous présente comme « pouvant loger un œuf de pigeon, » un ulcère, également dû à quatorze inoculations, dont l'auteur allemand dit seulement que « sa base avait les dimensions d'un œuf de pigeon...; » lorsque vous observez de pareils écarts dans la marche polémique d'hommes d'ailleurs judicieux, savants, considérables, éminents; concluez, et dites si le spectacle de ce parti pris qui argue d'une induration absente, ou d'un chancre *qui a dû* exister, ne vous renvoie pas forcément, je ne dis point à ma doctrine à moi, mais à la nature, ce grand arbitre entre toutes les doctrines!

A côté de la preuve, voulez-vous la contre-épreuve?... C'est assez ma manière ; et cette fois j'y cède encore plus volontiers, puisque j'ai à ma disposition non pas seulement des faits cliniques épars comme je vous en ai déjà cité dans ma première leçon, comme je pourrais les multiplier par centaines, mais deux faits observés dans le même hôpital, à la même clinique.

Le 6 mai 1861, je montai à l'Antiquaille, pour prier mon cher et savant collègue, M. Rollet, de me faire un chancre mixte, comme il a si lumineusement prouvé que la chose est possible en déposant du pus de chancrelle à la surface d'un chancre.

Il s'agissait donc de trouver d'abord le chancre sur lequel cette inoculation serait faite : et pour cela nous nous mîmes,

M. Bouchard, alors interne, et moi, à chercher dans les salles.

Nous en examinâmes d'abord un, situé sur le reflet, dur, à bords non taillés à pic, il est vrai, mais creusé à sa surface d'une excavation de 2 à 3 millimètres de profondeur, et sécrétant une matière jaune et épaisse. Je récusai celui-ci comme offrant déjà, à quelques égards, l'aspect d'un chancre mixte, ou chancre chancrellé. Il m'échappa même de dire à M. Rollet que cet ulcère me semblait mal choisi pour l'expérience que nous projetions, puisque l'inoculation du pus chancrelleux n'y pourrait rien faire de plus que ce qui y existait déjà. — Il n'était cependant pas chancrellé ; car, quatre jours auparavant, du fluide pris sur cet ulcère (offrant alors le même aspect), avait été inoculé au malade même, et l'inoculation n'avait pas réussi. Donc ce n'était pas un chancre mixte; mais je signale la méprise où je fus sur le point de tomber, pour vous faire remarquer que, outre sa dureté si caractéristique, ce chancre offrait une ulcération et une sécrétion des plus manifestes.

Cherchant plus loin, M. Bouchard et moi, nous trouvâmes sur un autre malade un chancre du reflet, datant de trois semaines. Je dis *chancre*, mais je le dis d'après la théorie, car nous ne vîmes là qu'une écaille mince et sèche recouvrant une plaque large de 4 à 5 millimètres. La consistance parcheminée de sa base et la pléiade ganglionnaire inguinale concomitante nous firent seules diagnostiquer une lésion primitive de syphilis. (Ce malade ne put se rappeler positivement de quelle femme il tenait son mal.)

Je fis plonger la verge pendant quelques minutes dans un verre d'eau ; et après avoir détaché l'écaille, nous vîmes une surface rouge, simplement humide plutôt que couverte d'un liquide qu'on pût recueillir en quantité perceptible.

Cette surface était parfaitement de niveau avec la peau du voisinage.

C'est sur cette surface que fut déposé le pus de chancrelle. — Mais les suites de l'expérience ne sont pas ce qui nous intéresse en ce moment. Je n'ai voulu, en vous citant ces deux exemples, que vous faire en quelque sorte toucher de l'œil et du doigt les différences saillantes que l'on rencontre souvent entre les diverses lésions primitives. J'ai voulu, en somme, à côté d'un cas de *chancre type*, vous montrer un cas non moins tranché d'*érosion chancriforme.*

Origines, degré de fréquence et contagiosité de l'érosion chancriforme.

Ainsi l'érosion chancriforme, sans constituer une espèce morbide distincte, sans être rien de plus qu'une nuance de forme correspondant à un degré d'intensité virulente, mérite d'être étudiée à part.

D'abord, elle a une double origine : car elle peut être produite soit par le contact d'une lésion secondaire, soit par le contact d'une érosion chancriforme.

C'est l'érosion chancriforme qui propage le plus de véroles. Étudiée comme agent de contagion, on ne peut nier qu'elle n'offre toutes les qualités requises pour bien jouer ce rôle. Véritable lésion primitive, elle recèle, à ce titre, un pouvoir contagieux sinon égal à celui du vrai chancre, du moins supérieur à celui des lésions secondaires.

Puis, remarquons-le, l'érosion chancriforme est indolente, superficielle, peu étendue, souvent ignorée ou prise pour un insignifiant bouton, souple (du moins comparativement au vrai chancre induré). En faut-il davantage pour que l'individu qui la porte ne trouve dans sa présence aucun obstacle à aucune espèce, à aucune multiplicité, à aucune prolongation de rapports sexuels? — Au contraire, le vrai chancre, le chancre huntérien, excavé, large, saignant au contact, à base inflexible, avertit si vite et si haut, le cas

échéant, sa victime d'ajourner les plaisirs où il a pris naissance que sa voix ne saurait être méconnue.

Il était donc tout naturel que l'*érosion chancriforme* fût, parmi les lésions primitives, la plus fréquente. C'est ce qui existe, en effet. Sur 311 cas de syphilis, M. Bassereau a constaté que la lésion primitive fut 137 fois un chancre et 174 fois une *érosion chancreuse* (nom qu'il donne à ce que nous appelons érosion chancriforme).

Cette notion nous fournit encore la solution d'un problème des plus ardus; solution assez intéressante pour vous faire excuser, je l'espère, la petite digression qui va nous reposer un instant de toutes ces abstractions doctrinales et polémiques.

Ce problème est intéressant, vous disais-je. Jugez-en, Messieurs : Voilà plus de vingt ans qu'il est posé comme un défi aux partisans du dualisme chancreux. « Pourquoi, leur répète-t-on, si l'induration tient à la graine et non au terrain, pourquoi l'induration est-elle moins fréquente chez la femme que chez l'homme? »

A cet énoncé, permettez-moi seulement de substituer celui-ci, qui exprime exactement le même fait clinique : « Pourquoi les femmes ont-elles plus rarement que les hommes de vrais chancres indurés aux parties génitales? »

C'est, réponds-je, parce que, moins souvent que les hommes, elles sont exposées au contact d'un chancre de cette espèce.

En effet, où est le plus ordinairement située la lésion primitive, chez l'homme?..... Au reflet balano-préputial. En 1848, à l'Antiquaille, j'examinai 100 malades affectés de lésion primitive aux organes génitaux. Or, sur ce nombre, 73 portaient l'ulcère au reflet du prépuce; et notez que, sur les 27 restants, la plupart l'avaient au voisinage de cette région.

Eh bien! lorsque cette lésion primitive, ainsi située, se trouve être un vrai chancre, c'est-à-dire un ulcère excavé, saignant, douloureux à la pression, je me demande si le porteur est bien irrésistiblement tenté d'aller pratiquer le coït; le coït qui, pour s'accomplir, pour atteindre le seul but dans lequel il soit entrepris, nécessite des frottements, des tiraillements actifs, prolongés, de la partie même où siége le chancre? J'ai su comme un autre, spécialiste j'ai été mieux que personne à même d'apprécier jusqu'où peuvent égarer certaines passions. Mais si la morale, la religion, la prévision des dangers les plus sérieux sont trop souvent, à cette heure, un frein impuissant, tout au moins la douleur physique, la douleur présente, inévitable, progressive, mérite bien de compter parmi les avertissements les mieux écoutés!

De ceci, je ne conclus point que les hommes atteints de lésion primitive ne recherchent jamais le coït. Je dis seulement qu'ils le rechercheront d'autant moins que leur lésion sera plus douloureuse.

Voilà pourquoi les femmes, étant plus souvent en rapport avec des hommes affectés de simple érosion chancriforme, ont elles-mêmes des érosions chancriformes plus souvent que de vrais chancres.

« Mais, dira-t-on, ce calcul est une erreur ou une défaite. Si les hommes ont des chancres indurés, ils ne peuvent les avoir pris qu'à une seule source. Pour qu'ils en aient, il faut donc de toute nécessité que les femmes en aient; pour qu'ils en aient beaucoup, qu'elles en aient autant qu'eux. »

Je nie positivement cette conséquence. Une femme peut fort bien infecter plusieurs hommes; et, en fait, les choses se passent réellement ainsi. Nul ne l'ignore. Obligées de satisfaire à toute demande qui vient à se produire d'une certaine façon, quelques femmes, en cette matière, payent réellement pour tout leur sexe. Ajoutez que chez les femmes,

la lésion primitive ne siége pas aussi fréquemment que chez l'homme, dans les points où s'exerce le frottement du coït; sans compter que, ce frottement n'étant pas, pour elles, une condition *sine qua non*, elles ont et emploient mille moyens de s'y soustraire, de l'atténuer ou de l'abréger.

En résumé :

1° L'homme qui a un chancre, un vrai chancre, s'abstient en général du coït;

2° L'érosion chancriforme ne créant pas, pour lui, les mêmes motifs de réserve, il la transmet plus souvent.

« Mais me demanderez-vous peut-être, Messieurs, — sondeurs passionnés de cette sorte de mystères, — pourquoi cette prédilection des vrais chancres indurés pour la verge? et pourquoi leur rareté à la vulve? Vous nous donnez bien l'explication du fait; mais le fait lui-même se justifie-t-il d'après un but plus élevé? a-t-il sa raison d'être dans quelque cause finale? »

Jusqu'au bout, Messieurs, je veux répondre à votre confiance; et nous fouillerons ensemble aussi avant que vous le voudrez dans les desseins cachés de la volonté créatrice. N'imitons pas, cependant, l'exemple de ce jeune et disert professeur qui, il y a trente ans, à cette même place, jaloux d'émailler sa froide anatomie d'un glacis philosophique, s'écriait, après avoir décrit toutes les couches du scrotum : « Louons la sagesse divine qui a donné au testicule autant d'enveloppes qu'il en avait besoin! » Non : je sais mieux les bornes imposées à notre soif investigatrice. Mais, toutefois, en réfléchissant au problème que votre curiosité me pose, me sera-t-il interdit de conjecturer que, si chancres et érosions chancriformes se trouvent distribués aussi inégalement entre les deux sexes, c'est dans un but de sécurité sociale; c'est qu'il aura été, là-haut, jugé prudent, dans

la répartition de ces sortes d'infirmités, d'octroyer la lésion la plus douloureuse au sexe qui demande, et la lésion la moins dangereuse au sexe qui ne sait pas refuser !

Loi de concordance entre la forme de la lésion primitive et la force de la syphilis qu'elle inaugure.

A présent que la variété des lésions primitives, la différence de leurs caractères est un fait établi, nous pouvons agiter la question posée tout à l'heure; nous pouvons nous demander : « A quoi tiennent ces différences? » ou, pour serrer encore de plus près le problème pratique : « La lésion primitive à caractères accentués annonce-t-elle une syphilis forte; et la lésion primitive à caractères atténués, une syphilis faible? »

Mais « halte-là! » m'entends-je crier par quelque auditeur en défiance, « halte-là! s'il vous plaît, professeur! j'entrevois, à ce coup, votre théorie. Vous nous disiez tout à l'heure que l'érosion chancriforme, étant la lésion la plus contagieuse, devait être la lésion la plus fréquente. Vous enseignez maintenant que la femme, étant moins souvent en contact avec de vrais chancres indurés, ne peut pas en avoir beaucoup. La chose est claire; et vous vous en défendriez en vain. Vous admettez un rapport de causalité entre le degré de la lésion infectante et le degré de la lésion primitive de l'infecté. Selon vous, le chancre engendre un chancre, et la lésion secondaire engendre l'érosion chancriforme. — L'énoncé est simple comme le sont toutes les dichotomies; il peut séduire. Mais prenez-y garde, de nombreuses exceptions s'inscrivent déjà contre votre prétendue loi; et chaque praticien pourrrait... »

Pardon! cher argumentateur, mais la discussion me paraît près de s'égarer. Permettez-moi de m'expliquer, à mon tour; de vous dire, après les intentions que vous me prêtez, celles qui sont réellement miennes.

Si je voulais soutenir cette loi de concordance entre la

lésion-cause et la lésion-effet, je n'en aurais ni le mérite, ni la responsabilité. Carmichaël et Rinecker n'ont laissé à personne l'initiative de cette idée. Carmichaël, parlant au nom d'une expérience de quinze années, distinguait déjà entre la syphilis bénigne (papular venereal disease) produite par sa *patchy excoriation* et la vraie syphilis (*true syphilis*) produite par le vrai chancre calleux. Rinecker décrit deux variétés de la maladie syphilitique; l'une, la syphilis proprement dite, qui a le chancre, l'autre, la syphiloïde, qui aurait la plaque muqueuse pour points de départ.

De pareilles explications, des formules aussi tranchées seront toujours bien accueillies par les théoriciens. En voyant apparaître une certaine lésion chez l'homme, par exemple, est-il rien de plus naturel que de supposer qu'une lésion identique existait chez la femme qui l'a contaminé?

Mais l'existence de ces transmissions directes, en fait de syphilis, n'est plus aujourd'hui physiologiquement soutenable. Oh! sans doute, quand il s'agit de maladies simplement contagieuses, non virulentes, la cause produit toujours un effet adéquat à elle-même, rien de plus, rien de moins. La chancrelle propage une chancrelle; la blennorrhagie une blennorrhagie; l'acarus, en sautant d'un individu à l'autre, retombe, pour ainsi dire, sur ses pattes, tel à l'arrivée qu'il était au départ.

Mais avec les virus, en matière de syphilis, tout change. Ni les lois d'évolution, ni les phénomènes visibles qui décèlent l'empire de ces lois, ne ressemblent à la marche des simples contagiums à effet purement local. Dès que la lésion primitive apparaît, on peut dire que l'intoxication générale est déjà commencée : car cette lésion a eu un temps d'incubation; elle est irréinoculable; elle est inabor-

tible. Vous en faut-il davantage pour admettre que le virus a déjà un pied dans l'organisme? Sans doute il n'en a qu'un; sans doute l'infection, à ce moment, est plutôt décidée que réalisée; sans doute la lésion primitive est, de toutes celles que va offrir un syphilitique, celle qui traduit le plus l'intensité de la cause infectante, celle qui traduit le moins la force de réaction de l'organisme infecté. Mais enfin, je le répète : puisqu'elle a incubé, dès qu'elle est irréinoculable et inabortible, la lésion primitive est bien réellement un état constitutionnel.

Or, ce virus peut-il avoir influencé la constitution sans que la constitution, réciproquement, l'ait influencé lui-même? Et cela étant, n'est-il pas naturel que la lésion primitive, la seule qui existe à ce moment, accuse par ses différences le degré variable de cette action exercée par la constitution du sujet infecté?

Par sa forme, la lésion primitive dénote donc bien plus le degré de force de la syphilis dont elle marque le début, que le degré de force virulente de la lésion du contact de laquelle elle procède.

En termes plus précis, la lésion primitive offre dans sa forme le reflet de toutes les influences qui, au moment où on la voit, contribuent à faire que la syphilis du sujet qui la porte sera forte ou sera faible. Certainement, parmi ces influences, la prédominante est bien celle qui tient au degré de force du virus infectant (degré dont nous jugeons par la forme de la lésion dont le contact a opéré l'infection); et c'est bien pour cela qu'il y a si fréquemment un rapport entre la forme de la lésion de l'infectant et la forme de la lésion primitive de l'infecté; c'est pour cela qu'on se laisserait si aisément entraîner à généraliser outre mesure, à affirmer qu'un vrai chancre produit toujours, et ne peut produire qu'un vrai chancre, qu'une érosion chancri-

forme, produit toujours, et ne peut produire qu'une érosion chancriforme! Mais l'état de l'organisme du sujet infecté, la résistance plus ou moins considérable de ce sujet joue aussi un rôle qu'il ne faut ni contester, ni amoindrir; rôle réel, quoique difficile à calculer et à prévoir; rôle dont l'effet sur la forme de la lésion primitive va en grandissant à mesure qu'on s'éloigne du moment où l'infection a eu lieu.

Rappelez-vous, en somme, Messieurs, que la lésion primitive ne peut exprimer que deux choses : 1° son origine, la source d'où elle procède; et 2° les dispositions acquises actuellement (au moment de l'examen) du sujet chez lequel on l'observe. Et ne vous étonnez pas des quelques exceptions qui vous montreront une syphilis forte, par exemple, survenant chez un homme qui n'avait eu qu'une érosion chancriforme. Cela vient, chose facile à comprendre, de ce que, à partir du jour de la contagion, des causes nouvelles auront surgi, ou d'anciennes causes auront, alors seulement, réalisé leur effet de manière à rendre le sujet plus susceptible d'une vérole forte qu'il ne l'était à l'époque où la lésion primitive s'est manifestée chez lui.

Rappelez-vous aussi, lorsque vous voudrez vérifier ce que je viens de dire, les modes variables *d'insertion* du virus, lesquels peuvent abréger ou allonger l'incubation; rappelez-vous l'influence des *régions* et des *tissus*, qui affaiblit ou exagère l'induration; mettez en ligne de compte le *traitement*, dont l'action est si influente. Prenez, d'autre part, en considération tout ce qu'il y a ordinairement d'obscur dans les signes commémoratifs ou actuels par lesquels l'aptitude de tel individu à avoir une vérole forte ou une vérole faible, peut se révéler au praticien. Et lorsqu'on vous opposera d'apparentes exceptions à la loi de concordance *entre la forme de la lésion primitive et la force de la vérole qui lui a*

succédé..., n'en contestez aucune; elles sont toutes dans la nature, — et le plus souvent la nature mieux interprétée saurait les faire rentrer dans la règle, — n'en contestez aucune, mais demandez seulement qu'on ne s'en rapporte pas non plus à elles seules, et prenez pour arbitre la statistique.

Conformément à ces principes, Messieurs, je vous citerai d'abord un nombre restreint d'observations confirmatives de la loi précédente, puis je rappellerai l'importante statistique qui la sanctionne.

Obs. I. Un monsieur, âgé de 24 ans, me raconta, le 17 août 1861, que il y a trois ans, il eut, à Marseille, un chancre si petit, si peu perceptible que, à présent même, il ne croit pas encore que ç'ait été un chancre. Un peu d'induration persistant lui donna quelques doutes. Au bout de cinq semaines environ, M. Melchior Robert découvrit une roséole, deux plaques muqueuses de la langue, avec un peu d'alopécie et de céphalée. Mon confrère lui prescrivit du mercure. Mais la roséole ayant passé en *quatre jours*, il ne se traita pas plus longtemps. — Lorsque je vis cet ex-malade, il venait me consulter pour les suites d'un rhumatisme articulaire aigu. Il n'avait eu aucun accident syphilitique depuis trois ans; et je ne lui en trouvai pas la moindre trace.

Obs. II. En juin 1855, je vis un jeune commis, avec un petit chancre insignifiant, que je déclarai non induré, et que je cautérisai avec la pâte de Canquoin. La cicatrice parut d'abord se faire. Mais, à peine formée, elle s'exulcéra; et il fut plus tard atteint de plaques muqueuses, de croûtes du cuir chevelu, avec adénopathie, de douleurs éparses dans les membres. Il a guéri sans traitement spécifique et d'une manière radicale.

Obs. III. Vers la même époque, un monsieur de 38 ans,

très-pusillanime, vint de Dijon, me consulter pour une blennorrhagie. Au bout de quelques jours, il me montra une toute petite érosion extrêmement superficielle à la base du gland. Comme le dernier coït datait de 25 jours, je crus d'abord n'avoir affaire qu'à un herpès insignifiant. J'eus le tort de le penser, le tort plus grand de le dire. Un pansement simplement astringent, institué sur la foi de cette erreur, laissa marcher les symptômes. Cependant le petit ulcère s'agrandit peu; je ne pus même jamais décider s'il s'accompagnait oui ou non d'induration. Mais l'adénopathie devint manifeste; puis se déclarèrent des prodromes, que la susceptibilité morale du client rendit quelque peu inquiétants. Non traité spécifiquement, il vit tout se borner à quelques papules assez discrètes, à un érythème obstiné de l'arrière-gorge sans plaques muqueuses bien apparentes. Il voulut suivre un traitement par le rob de Boyveau; et c'est à ce remède qu'il me fait l'affront d'attribuer aujourd'hui sa guérison. Je l'ai bien mérité : mais qu'il me permette au moins de faire remarquer qu'elle ne s'est jamais démentie.

Obs. IV. Au mois de mars 1847, je vis une jeune femme de 19 ans, atteinte d'une lésion primitive indurée de a lèvre, lésion accompagnée d'adénopathie, qu'elle ne pouvait tenir que d'un de mes clients affecté en ce moment-là de plaques muqueuses buccales opiniâtres. Chez cette malade, un peu chlorotique, je sursis au traitement jusqu'à l'invasion des symptômes secondaires. Ils furent très-faibles, et consistèrent en un peu de roséole, de céphalée, et deux ou trois plaques muqueuses vulvaires superficielles. Je prescrivis néanmoins du mercure, comme à cette époque j'en prescrivais, indistinctement, à tous les syphilitiques. Mais la malade, par répugnance, ne prit, et très-irrégulièrement, que 20 centigrammes à peine de proto-iodure, en 10 pilules ingérées à intervalles éloignés, dans l'espace de 20 jours. —

Néanmoins aucune récidive n'a eu lieu; et cette dame qui m'a toujours continué sa confiance, que je n'ai cessé de voir de temps en temps, pour d'autres maladies, que j'ai souvent interrogée à ce sujet, n'a eu, depuis lors, depuis *plus de seize ans*, aucun nouveau symptôme de syphilis

Obs. V. Je fus appelé en avril 1852, par deux de mes amis, pour examiner médicalement leur père dont la santé, me disaient-ils, n'était pas seule à se déranger. Quelques rentrées tardives, une contenance tant soit peu embarrassée, trahissaient quelque mystère, qu'un coup d'œil *spécial* devait éclaircir. J'examine donc, et je trouve à droite sur le reflet, une érosion très-superficielle, à peine indurée, recouverte d'une mince écaille. (Le malade, le coupable, l'appelait écorchure.) Elle existait depuis près de quinze jours, sans qu'aucun traitement local ou général eût été fait. Je déclare la vérité pour le présent, j'annonce les conséquences pour l'avenir; et, après avoir ordonné une, plus tard deux pilules au proto-iodure de mercure (de 2 centigrammes et demi seulement, vu une gastralgie alléguée) par jour, je me retire.

Les choses se passèrent comme il ne m'avait été que trop aisé de le prédire. La lésion primitive n'augmenta pas, elle alla même bientôt en s'effaçant; mais, au bout de six semaines environ, je constatai une roséole évidente, accompagnée de céphalée (prescription de continuer les pilules).

A deux mois de là, on me fit encore revenir pour deux plaques muqueuses légères mais bien dessinées du scrotum (continuation des pilules, et pommade au calomel).

Ce cher client fut bien guéri, et il est resté en parfait état, sans récidives, jusqu'à sa mort en septembre dernier.

Or, quelques semaines après ma dernière visite, on avait trouvé, dans sa table de nuit, ses boîtes de pilules, intactes. Il avoua franchement n'avoir pas voulu prendre ce médica-

ment, sachant ce qu'il contenait; protesta de nouveau que son éruption venait d'un *refroidissement*, et déclara « qu'on la lui donnait belle en le voulant traiter d'une maladie qu'il n'avait pas! »

Voilà donc, en même temps qu'un nouveau cas de syphilis faible succédant à une lésion primitive légère, un bel exemple de syphilis guérie, — et restée guérie plus de neuf ans, — sans traitement mercuriel.

Obs. VI. Enfin un agglutinatif client auquel j'ai bien promis de donner, dans ces conférences, une place d'honneur, me demanda mes soins, en novembre 1861, pour une papule, à peine saillante, brune, légèrement desquamée, mais parcheminée, du reflet préputial. Très-inquiet, timoré, m'accablant de questions, il m'a bien certainement, en 12 ou 15 séances, fait répéter tout ce que j'ai l'honneur, Messieurs, de vous exposer ici : « Docteur, qu'arrivera-t-il? — Docteur, quand en serai-je aux symptômes secondaires? — Eh quoi! docteur, vous ne me donnez pas de mercure! — Docteur, répondez-vous de la guérison?... Combien aurai-je de récidives?... A partir de quelle époque pourrai-je me croire en sûreté? etc. »

Messieurs, je tins ferme le drapeau du système thérapeutique que je défends. Je répondis à toutes les questions solubles. Vu la bénignité de la lésion initiale, je ne me fis aucun scrupule de donner les meilleures assurances sur le peu d'intensité des symptômes ultérieurs, annonçant toutefois qu'ils serviraient eux-mêmes à compléter l'horoscope. Bref, tout se passa comme j'avais pris sur moi de l'annoncer; et après quelques poussées de peu d'importance, nous sommes aujourd'hui débarrassés tous les deux, le malade de sa vérole et moi de ses visites.

Mais bien au-dessus de ces réminiscences cliniques, se

place un grand fait statistique sur lequel je m'appuie, je le déclare, avec la plus entière confiance, parce qu'il a précédé mes recherches au lieu de venir après elles, et aussi parce qu'il contient l'épreuve et la contre-épreuve. M. Bassereau, on le sait, a étudié les diverses espèces de syphilides qui signalent l'invasion de la maladie constitutionnelle ; et on sait aussi qu'il les a divisées en quatre classes, classes qu'il a rangées dans un ordre énonçant le degré croissant de gravité de l'intoxication. Ainsi, pour lui, comme du reste pour tous les observateurs, quand l'éruption qui éclate au début de l'infection est un simple érythème, ceci dénote une intoxication moins grave que si l'éruption était papuleuse; la papuleuse, une intoxication moins grave que la pustuleuse; la pustuleuse, une moins grave que la tuberculeuse.

Il faut encore rappeler que M. Bassereau a eu la chance de découvrir et la patience de compter quelles sont les *diverses formes* de chancre qui ont précédé telle ou telle éruption. Ainsi, on trouve dans son livre que, sur 100 cas, par exemple, de syphilide érythémateuse, l'antécédent a été tant de fois une érosion chancreuse, tant de fois un chancre induré; même calcul pour la lésion initiale de la syphilide papuleuse, de la pustuleuse, etc.

Nous tenions donc là le moyen de vérifier cliniquement, et sur la plus ferme comme sur la plus large échelle, la justesse de nos convictions. Comme l'*érosion chancreuse* de M. Bassereau est notre *érosion chancriforme*, nous nous dîmes : « Si, dans les tableaux de M. Bassereau, il y a plus d'érosions chancreuses que de chancres indurés pour antécédent des syphilides légères; et s'il y a, au contraire, moins d'érosions chancreuses que de chancres indurés pour antécédent des syphilides graves, il sera démontré que la forme de lésion primitive que nous disons être la

plus bénigne est suivie de la syphilis la moins grave, et réciproquement. »

Or, en compulsant les chiffres de M. Bassereau, nous avons eu la satisfaction, extrêmement précieuse quand elle nous vient d'une autorité aussi notoirement consciencieuse et aussi universellement acceptée que celle de notre cher collègue, nous avons eu, disons-nous, la satisfaction d'y trouver la réalisation aussi complète que nous pouvions l'espérer, de nos prévisions. La table suivante donnera une idée de la proportion régulièrement et graduellement décroissante des érosions chancreuses par rapport aux chancres indurés, à mesure qu'on passe des syphilides moins graves aux plus graves :

	Nombre des cas.	Nombre des érosions chancreuses comme lésion primitive.	Nombre des chancres comme lésion primitive.	Proportion de l'érosion chancreuse au chancre induré.
Syphilide érythémateuse.	170	146	24	de 100 à 16
Syphilide papuleuse.	23	15	8	de 100 à 53
Syphilide pustuleuse.	68	3	65	de 100 à 2166
Syphilide tuberculeuse (1).	50	10	40	de 100 à 400
Total.	311	174	137	

(1) Cette forme appartenant bien rarement aux premières poussées, M. Bassereau avertit lui-même qu'il n'a pu déterminer l'espèce de lésion primitive que d'après les souvenirs des malades et l'aspect de la cicatrice.

Ces différences et ces relations ne sont pas le résultat d'une vue de l'esprit, d'une interprétation qui me soit propre. L'art de grouper les chiffres n'a rien à voir dans ce travail. M. Bassereau n'avait laissé à personne le soin d'énoncer les rapprochements que je viens seulement de mettre plus en évidence, ni l'honneur d'en tirer la conclusion. « Les chancres ulcérés, dit-il, p. 140, ne précèdent qu'exceptionnellement l'érythème, non plus que toutes les syphilides à formes sèches et bénignes, tandis que les syphilides pustuleuses et les affections ulcéreuses graves se montrent, au contraire, précédées le plus souvent de chancres ulcérés, profonds, avec tendance fréquente à la marche phagédénique (140). » Et plus loin, étendant plus encore cette loi de concordance entre la gravité de l'accident initial et celle des accidents consécutifs, il l'applique non plus seulement aux syphilides, mais à toute la syphilis : « On peut considérer comme une loi, dit cet écrivain, la proposition suivante : *Aprés les chancres indurés bénins, surviennent les éruptions syphilitiques bénignes et les affections des divers tissus, sans tendance à la suppuration. Après les chancres indurés phagédéniques, surviennent les syphilides pustuleuses graves, les affections ulcéreuses de la peau, plus tardives, les exostoses suppurées, les nécroses et les caries* (p. 443). »

Les chiffres de M. Bassereau, en même temps qu'ils confirment la loi de concordance, montrent aussi le nombre des exceptions qu'elle rencontre. Fourier, ce subtil mais judicieux interprète de la nature, avait bien reconnu que ce que nous appelons ses déviations ne sont que le résultat du jeù de certains ressorts dont le mécanisme nous échappe. Aussi, dans toutes ses catégories, si tranchées que son esprit organisateur éprouvât le besoin de les établir, faisait-il toujours figurer *l'exception d'un huitième*. Nous ne serons ni plus exigeants, ni moins accommodants que Fou-

rier; et, après ce qui a été énoncé plus haut sur les causes individuelles qui commandent et expliquent les exceptions, vous m'autoriserez bien à dire que, pour subsister, une théorie non-seulement doit admettre ces exceptions, mais, au besoin, devrait même les imposer.

Un autre confrère et collègue spécial, M. Langlebert, dont la pratique étendue rend le jugement, en pareille matière, très-précieux, professe la même manière de voir. « Un tout petit chancre, peu induré, m'écrivait-il dernièrement, le plus souvent contracté au contact de lésions secondaires; une légère pléiade inguinale; puis un peu de roséole, et tout est dit... Voilà ce que j'ai observé un grand nombre de fois. »

Je conclus, car il est temps d'utiliser cette longue discussion au profit de la détermination pronostique qui nous occupe; je conclus que lorsque la lésion initiale d'un malade offre les caractères que j'ai décrits comme appartenant au *vrai chancre*, on peut s'attendre à une vérole forte, et l'on doit ou se tenir prêt à agir, ou agir dès lors en conséquence; que, lorsque au contraire la lésion initiale offre les caractères d'une *érosion chancriforme*, on peut (à moins de conditions de santé ou d'hygiène particulièrement mauvaises chez le sujet infecté) s'attendre à une vérole faible et se conduire, c'est-à-dire temporiser en conséquence.

4° Mes cartons ne sont pas très-riches en documents sur ce point. Je n'ai à vous citer que deux statistiques portant sur un nombre assez restreint de cas.

Différence de la deuxième incubation.

Ayant pris dans mes notes 10 cas de vérole forte et 10 cas de vérole faible, j'ai trouvé que le temps écoulé entre le début de la lésion primitive et l'invasion des symptômes généraux a été en moyenne :

De 53 jours, pour les véroles fortes ;

Et de 47 jours pour les véroles faibles.

D'autre part, j'ai comparé les 12 expériences d'inoculation de lésion secondaire, à 10 cas de contagion clinique (ayant par conséquent pour agent contagieux tant des lésions primitives que des lésions secondaires). Mais, cette fois, j'ai compté l'incubation à partir du jour de l'insertion du virus (pour les premiers, l'inoculation; pour les deuxièmes, le coït, dont le jour avait été bien précisé).

Or, ce laps de temps, qui comprenait les deux incubations (1), m'a donné :

Pour les inoculations de lésion secondaire, une moyenne de 74 jours;

Et pour les cas de contagion provenant de toute lésion, une moyenne de 57 jours.

Différences des prodromes.

5° Trente-sept fois sur un nombre de 40 syphilitiques exemptés du mercure, j'ai noté, vers la fin de la deuxième incubation, les symptômes très-distincts que je désigne sous le nom de *prodromes*.

Cet état est bien connu de tous les spécialistes. Mais peut-

(1) J'avais fait ce relevé dans un but particulier. Je m'étais demandé si les différences en plus de la première incubation ne balançaient pas les différences en moins de la deuxième? Si, par conséquent, en comptant le temps écoulé *du jour de la contagion au jour de l'éclosion constitutionnelle*, on n'aurait pas, pour cette incubation totale, une durée égale chez tous les syphilitiques?

Il m'a suffi de grouper dix faits où j'avais pu savoir d'une manière précise le jour de l'insertion virulente, pour reconnaître qu'il n'en est point ainsi. Chez ces dix malades, l'incubation totale a été de 49, 78, 50, 46, 63, 73, 75, 60, 40 et 64 jours.

De même, dans les inoculations expérimentales de lésion secondaire, l'incubation totale a été, pour chacun des douze faits où sa durée a été bien précisée par les auteurs, de 66, 54, 50, 65, 159, 78, 26, 107, 78, 55, 35 et 120 jours.

être sa description complète est-elle encore à faire, même après l'excellent chapitre que lui a consacré M. Bassereau.

Dans tous les cas, on en prendrait une idée très-inexacte si l'on se bornait à l'étudier dans certains classiques qui le font consister uniquement dans la *céphalée* et les *douleurs rhumatoïdes*. Ce sont là, il est vrai, les deux traits les plus saillants; mais plusieurs autres, non moins dignes d'attention, complètent le tableau.

Ainsi, en même temps qu'il souffre de la céphalée et qu'il éprouve une sensation de courbature aux jarrets, à la nuque, aux épaules, etc., le sujet devient pâle; il maigrit (1); ses cheveux tombent; il devient plus sensible au froid; il a des éblouissements, de la cardialgie, un peu d'anhélation. Quoique sans fièvre et conservant son appétit, il est triste, découragé, morose, taciturne. Sa physionomie s'assombrit. Tout, il le reconnaît lui-même, l'affecte plus aisément et plus profondément que d'habitude. Ses amis le trouvent changé au moral comme au physique. Il n'a de goût ni au travail, ni au plaisir. Et, comme l'un d'eux me le résumait par un mot expressif, « il n'est plus à son affaire! »

Le nom qui convient à un pareil état n'est pas à trouver. Tous les pathologistes ont observé, dans les circonstances les plus diverses, de pareils désordres, et savent les reconnaître pour ce qu'ils sont. Mais il me faut, moi, dire ce qu'ils ne sont pas; il me faut démontrer en quoi ils se séparent des effets *spéciaux* de l'intoxication syphilitique; et c'est ce que je vais faire, en passant en revue leurs caractères principaux.

a. Quant à la céphalée, d'abord, elle n'affecte point le type nocturne des vraies douleurs ostéocopes. Elle a, j'en con-

(1) Chez l'un de mes clients, qui s'observait soigneusement, la diminution de poids a été de 6 kilos en 40 jours.

viens, des intermittences; mais ces intermittences ne se rapportent en rien aux périodes du jour et de la nuit. Plusieurs malades, au contraire, ne les sentent commencer que quelques heures après le réveil. Ils complètent, d'ailleurs, par leur langage cette distinction. Pour eux, ces douleurs sont des *crises :* beaucoup d'entre eux les prennent pour des névralgies; et il n'est pas jusqu'aux médecins, j'en pourrais multiplier les exemples, qu'on ne surprenne parfois à les traiter comme telles.

(Il faut distinguer de cette espèce si commune de céphalée, celle, beaucoup plus rare, qui accompagne de véritables intumescences circonscrites du péricrâne. Ici, les douleurs ont tous les caractères des ostéocopes : mais ce sont, à cette période, des cas aussi exceptionnels qu'ils sont différents des précédents.)

Quant aux prétendues douleurs rhumatoïdes, elles sont loin de mériter ce nom de *douleurs.* Le malade éprouve seulement une sorte de rigidité, une lassitude, lorsqu'il contracte les muscles de certaines régions; mais la sensation pénible se calme à l'instant par le repos. Ce n'est donc qu'une sorte d'impotence, non une souffrance; ou, s'il y a souffrance, elle n'éclate pas spontanément, elle ne se fait sentir que lorsqu'on impose aux organes contractiles un exercice forcé.

b. L'appareil prodromique, — autre différence que les cliniciens sauront apprécier, — ne se présente jamais seul; jamais il ne survient comme unique manifestation de la syphilis. Tandis que, parmi les symptômes de la vérole, il n'en est pas un qui, dans le cours de cette maladie, ne puisse apparaître isolément et constituer à lui seul une récidive, celui-ci, au contraire, n'existe jamais que lié à un cortége d'accidents dont il est le prélude. C'est toujours comme précurseur d'une première ou d'une deuxième poussée qu'on

observe l'appareil prodromique. Il n'est guère de récidive un peu sérieuse qui, du moins à la période secondaire, ne soit annoncée par quelques prodromes. Mais on ne les voit qu'à titre de phénomène concomitant, ou pour mieux dire, avant-coureur.

c. Il n'est pas moins remarquable que cet état, après avoir duré un certain temps, cesse spontanément. C'est là non-seulement sa tendance générale, mais sa marche constante. C'est ce que prouve à chaque instant l'interrogatoire de malades dont la syphilis fut, dans l'origine, méconnue. « Je souffrais des *crises de tête* épouvantables, disent-ils presque tous, mais peu à peu elles finirent par se calmer. » Notez qu'elles s'apaisent et cessent non-seulement sans traitement spécifique, mais parfois malgré l'influence contraire de médications débilitantes, d'évacuations sanguines. Et dites si c'est là le caractère, la marche habituelle des véritables douleurs ostéocopes!

d. Les femmes sont beaucoup plus exposées que les hommes à cet ensemble de symptômes. Non-seulement il est à peu près constant chez elles; mais, plus durable, plus lent à s'éteindre complétement, il est surtout plus sujet à affecter une intensité extrême. Les exemples de ces crises *prodromiques* violentes, féroces, condamnant au lit, conduisant le praticien ignorant à déployer toutes les rigueurs de la méthode antiphlogistique, ces exemples m'ont presque tous été fournis par le sexe féminin. — Commencez-vous à comprendre pourquoi, Messieurs?... — Non?... — Eh bien! veuillez écouter encore ce qu'il me reste à dire.

e. L'appareil symptomatique que nous étudions coïncide toujours avec un changement matériel dans la composition du sang. Ce changement a pour principal caractère *la diminution de la quantité des globules* (Ricord et Grassi) : diminution ordinairement de 1/7, mais que, dans un cas, on a

trouvé portée jusqu'à presque *la moitié* de la quantité normale (1)!

f. S'il vous reste encore quelques doutes sur la nature de cet état morbide, le traitement va les lever, Messieurs; car jamais l'oracle *a curationibus* ne fut plus décisif, plus univoque. Administrez un gramme d'iodure: en deux jours vous aurez apaisé, en cinq, vous aurez guéri cet ensemble si varié, si formidable en apparence, de troubles physiques et moraux. Ce principe thérapeutique, que j'ai publié dès 1848, jamais je ne l'ai trouvé en défaut, sinon dans quelques cas en nombre tout à fait exceptionnel de syphilis extrêmement graves. Encore est-il juste de dire que, là où l'iode ne soulage pas, aucun médicament n'est plus efficace que lui.

Or, cet état que l'iode guérit, les mercuriaux le laissent continuer absolument comme s'il était abandonné à sa marche naturelle. Et, chose remarquable! l'influence du mercure, qui laisse persister les prodromes, diminue au même moment les vrais symptômes syphilitiques coexistants, l'induration chancreuse et ganglionnaire, les syphilides, l'aphonie, etc.

Est-il, je le répète, un langage plus explicite que celui-ci, et ne vous fait-il pas assez clairement comprendre:

Qu'un état, séméiologiquement différent des autres lésions syphilitiques plus ou moins analogues, — n'existant jamais seul, — guérissant spontanément, — plus marqué chez la femme, — coexistant avec la déglobulinisation du sang, — réfractaire à l'influence du spécifique par excellence, — que cet état, dis-je, où se retrouvent d'ailleurs tous les traits de la chlorose, n'a pas avec la syphilis le même rapport que les véritables *lésions constitutionnelles?* Sans

(1) *Leçons sur le chancre,* p. 146.

doute il ne se déclare que parce que la syphilis existe; mais elle en est l'occasion, non la cause directe. Le virus ne l'engendre que médiatement, par la débilitation qu'il imprime à l'organisme. — En fait, les désordres prodromiques ne sauraient suffire pour faire reconnaître à un observateur la syphilis : ils en sont un symptôme, mais pas du tout un signe pathognomonique égal en valeur aux taches cuivrées, aux plaques opalines. Car ils n'ont rien de propre à la syphilis et sont, chez un vérolé, absolument les mêmes qu'ils sont chez un sujet chlorotique, à la suite de certaines débilitations profondes telles que l'anémie ou la convalescence des fièvres graves.

Ces distinctions étiologiques et nosographiques ne nous eussent pas arrêté aussi longtemps, si elles n'avaient pas immédiatement dans la pratique leur application en même temps que leur complément de démonstration. Considérez la céphalée, les lassitudes musculaires comme un effet direct de la syphilis; et vous les traiterez, comme les autres accidents de cet ordre, par le mercure. Or, ce faisant, vous êtes sûr de deux choses : 1° de ne les guérir qu'à la longue, au fur et à mesure de leur extinction spontanée, laissant ainsi souffrir quinze ou vingt jours des malades que vous auriez pu soulager en trois, guérir en cinq; 2° d'aggraver leur état si, par malheur, le mercure fait sentir fortement ses effets physiologiques; ce que j'ai observé assez souvent, surtout chez les femmes.

Au contraire, si vous vous attachez à agir sur la composition du sang plutôt qu'à corriger l'intoxication; si vous administrez conjointement de l'iodure et du fer, vous guérissez en quelques jours. Et vous guérissez ainsi, il faut le noter, non-seulement les symptômes tranchés, céphalée, lassitudes, mais aussi et du même coup tout le cortége de troubles sensitifs et psychiques, de bizarreries d'humeur, de

perversion d'appétit, d'irradiations névralgiques, tout cet appareil protéiforme, en un mot, demi-physique, demi-moral, qui semblait dénoter une altération constitutionnelle profonde; tout s'atténue en quelques jours, tout s'évanouit en deux ou trois semaines au plus de ce traitement, quoique, répétons-le, il laisse l'intoxication syphilitique capable de produire ultérieurement ses effets spéciaux, et qu'il se soit borné à rendre au sang la proportion normale de ses éléments.

Ainsi le mercure influence la marche de la syphilis, mais est sans action sur la chloro-anémie. L'iode est sans action sur les accidents syphilitiques de cette période, mais influence la chloro-anémie... En faut-il davantage? et la preuve thérapeutique ne complète-t-elle pas celles qui établissent une différence tranchée entre les phénomènes qui tiennent à cette cause particulière et ceux qui sont sous la dépendance directe de la syphilis?

De ces faits, de ces considérations, quelle conséquence tirer pour le pronostic? Elle paraît d'abord inattendue, mais, à défaut de la théorie, l'expérience eût forcé de l'admettre : c'est que des prodromes intenses ne sont rien moins que l'attribut et le précurseur d'une syphilis forte. Le dépouillement de mes notes m'a même conduit, sur ce point, à une conclusion paradoxale en apparence. Chez deux malades où l'issue d'une syphilis que j'avais d'abord cru pouvoir guérir sans mercure trompa mes espérances, je constate que la céphalée et les lassitudes musculaires avaient manqué. Dans quelques autres cas où la vérole a été par moi notée comme forte, où, par exemple, la première poussée de syphilide a été papuleuse, au lieu d'être simplement exanthématique, je trouve mentionnée soit l'absence, soit la bénignité des prodromes.

Le même contraste ressort des observations de M. Bassereau. Ainsi, sur 199 malades où la première syphilide fut un érythème (forme bénigne), 56, moins du quart, dit-il, furent complétement exempts d'accidents généraux précurseurs. Et, par opposition, sur 50 malades où la première syphilide fut papuleuse (forme plus grave), il en a compté 16, le tiers, chez lesquels manquèrent les symptômes qui servent comme de prodromes à l'éruption cutanée.

De ce rapprochement, je ne conclurai pas que l'intensité de la vérole est en rapport inverse avec l'intensité des prodromes. Je dirai seulement qu'elle n'est pas avec eux en rapport direct. La gravité, la durée des prodromes tient à l'impressionnabilité de l'individu plus qu'au degré de force de l'intoxication. Tenons-en donc compte; mais n'usons qu'avec réserve de cet instrument de pronostic, dont l'emploi, je l'avoue, demande encore de nouvelles études.

Dans tous les cas, n'oubliez pas les indications thérapeutiques précises que la pathologie de cet état morbide m'a suggérées et dont, depuis vingt ans, l'expérience n'a cessé de me confirmer la justesse. Je les résume en une seule prescription, en un seul mot : l'*iodure!*

L'*alopécie*, en tant qu'accident précoce, est l'un des symptômes dont il importe le plus de préciser la nature afin d'en bien déterminer la signification pronostique. Alopécie.

En la mettant à la suite des prodromes, je lui donne à la fois sa véritable place chronologique et étiologique. Comme les précédents désordres, elle est le résultat de l'état chloro-anémique, de cette débilitation non spécifique, mais spéciale, premier effet de l'intoxication syphilitique. Comme eux, elle est presque constante : je l'ai observée à un degré plus ou moins notable, 53 fois sur 60 malades. Contemporaine de la céphalée et des lassitudes musculaires, comme

elles, elle paraît au début de la syphilis; comme elles, elle marque ensuite la reprise de toutes les récidives un peu sérieuses qui viennent à se produire durant les premiers mois du cours de la maladie.

Rien n'a donné lieu à plus d'erreurs que la détermination de la cause de cet accident. D'abord tous les malades sont d'accord pour l'attribuer au mercure. Mais ici le préjugé joue vraiment de malheur. Quand on a traité plus de deux cents vérolés sans mercure, et qu'on a vu chez presque tous se manifester l'alopécie, il est impossible de la prendre pour un effet du mercure.

Est-elle un effet direct de l'intoxication syphilitique? On pourrait le soutenir avec plus de raison en apparence que pour la céphalée, parce qu'elle apparaît plus tard, et que, par conséquent, elle se trouve coïncider avec de vrais symptômes syphilitiques, avec les éruptions, soit cutanées, soit muqueuses ou même avec l'onyxis, l'aphonie, les contractures, etc.

Mais, en y regardant de plus près, on voit se dissiper cette cause de confusion. Oui, la chute des cheveux *s'observe* plus tard que les autres prodromes. Mais l'état pathologique du bulbe, qui produit cette chute, n'en est pas moins contemporain des prodromes. La chute des poils n'est, en effet, que le résultat de cette altération bulbaire: et par conséquent il n'y a pas lieu de s'étonner si elle ne devient perceptible pour le médecin et pour le malade qu'à la longue : c'est là un caractère commun à tous les phénomènes qui ont le système épidermique pour théâtre. Mais il suffit de savoir que la cause doit précéder l'effet pour comprendre que la lésion du bulbe s'est produite simultanément avec les autres prodromes. D'ailleurs, longtemps déjà avant qu'ils tombent, on peut reconnaître à la sécheresse des cheveux, à la perte de leur aspect brillant, que leur nutrition a subi

une modification morbide. Non-seulement les poils tombent, mais ils sont devenus grêles, cassants, ont une apparence terne, sèche. Un homme qui a subi cette perversion se reconnaît à distance. Quoiqu'il ait ses cheveux, il a l'air de porter perruque.

D'autre part, l'alopécie est loin d'être un trait exclusivement propre à la syphilis. Il est facile au médecin de retrouver ce symptôme dans d'autres maladies ; et justement dans celles qui consistent en une débilitation profonde de l'organisme. C'est un accompagnement presque constant de l'état puerpéral un peu grave, ainsi que des fièvres typhoïdes; et dans ce dernier cas, il est frappant de voir que, comme pour la syphilis, l'effet visible, la chute des cheveux n'apparaît que longtemps après que le coup a été porté, c'est-à-dire durant la convalescence.

Non-seulement l'alopécie (considérée dans la lésion qui en est le point de départ), est contemporaine des autres prodromes, mais elle a une intensité en rapport avec la leur : ce qui achève de prouver qu'elle provient d'une cause commune, c'est-à-dire de l'état chloro-anémique.

Un seul trait manque à la perfection de cette ressemblance. L'alopécie persévère beaucoup plus longtemps que la céphalée, que les lassitudes rhumatoïdes. Mais la différence n'est qu'apparente. Vous en avez déjà deviné la cause, d'après ce que j'ai dit tout à l'heure. De même qu'il faut un certain temps à la maladie du bulbe avant de produire son effet appréciable, la chute des cheveux, de même aussi il faut qu'elle soit guérie depuis un certain temps, pour que les cheveux commencent à reprendre leur état normal.

Quelques auteurs envisagent cette étiologie d'une autre manière. Pour eux la chute des cheveux n'est que la conséquence de l'éruption syphilitique qui affecte le cuir chevelu. Et l'observation semble d'abord justifier cette manière

de voir; car on rencontre presque constamment une éruption spécifique du cuir chevelu chez les sujets qui perdent leurs cheveux; et elle s'observe justement à l'époque où les cheveux commencent à tomber.

Mais il n'y a là que simple coïncidence. Si l'on voit l'éruption du cuir chevelu chez la plupart des alopéciques, c'est uniquement parce que éruption et alopécie sont, à cette période, des symptômes à peu près constants de la syphilis. Existant presque toujours tous les deux, est-il étonnant qu'ils coexistent?

D'autre part, la distribution topographique de l'éruption croûteuse montre combien il serait inexact de lui attribuer l'alopécie. L'éruption, le plus ordinairement, consiste en six ou huit petites croûtes isolées. Or, voit-on le crâne se dégarnir uniquement dans ces points déterminés et bien circonscrits? Nullement; les poils tombent loin des croûtes comme près des croûtes ou sur les croûtes; et si un ou deux poils qui traversent une pustule sont entraînés lors de la chute de sa croûte, cette perte locale est hors de proportion avec celle qui résulte de l'altération du système pileux dans tous les endroits exempts d'éruption. Je m'inscris formellement, à cet égard, contre l'explication à laquelle M. Bassereau a prêté l'appui de son autorité, en disant: « Les cheveux tombent d'autant plus abondamment qu'il s'est formé un plus grand nombre de pustules sur le cuir chevelu. » (P. 73).

Un fait, d'ailleurs, met fin au débat. L'alopécie syphilitique n'est pas toujours bornée au crâne; parfois elle s'étend à d'autres parties du corps. Elle y survient à la même époque, suit les mêmes phases et est bien certainement sous l'empire de la même cause qu'au cuir chevelu. Mais, de plus qu'au crâne, les phénomènes, là, se passent à découvert, dans un lieu très-visible, où rien n'empêcherait de

voir un acné, un impétigo, un lichen, un érythème, s'ils existaient. Eh bien! lorsque la barbe, les sourcils, les cils tombent chez un syphilitique, regardez, examinez; et vous ne constaterez sur les points du tégument où l'alopécie est la plus prononcée, qu'une coloration et un aspect entièrement semblables à ceux de l'état normal.

L'alopécie a ses degrés. Le plus souvent, la chevelure seule *s'éclaircit*. Sur 60 syphilitiques, j'ai observé l'alopécie exclusivement céphalique 44 fois; et dans 9 cas seulement elle s'était étendue aux sourcils et aux cils; ainsi qu'aux autres poils du visage et parfois du reste du corps. La moustache est plutôt et plus fortement compromise que les favoris, les favoris plus que la barbe. — Les femmes sont beaucoup plus sujettes que les hommes à ce degré prononcé du mal, qui se traduit par l'alopécie faciale. Si je n'en ai compté que neuf cas, c'est certainement parce que ma clientèle se compose principalement d'hommes; car, pour une vérole même moyenne, on voit très-souvent les pauvres femmes être défigurées par cette dépilation, payant un nouveau tribut à la prédisposition spéciale qui les rend plus exposées à tous les accidents de l'état chloro-anémique.

La durée de l'alopécie, ai-je dit, est toujours assez longue. C'est par mois, non par semaines, qu'il faut compter le temps qui s'écoule à partir du *déboisement* jusqu'au *reboisement* complet de la tête. Chez trois de mes malades où l'accident a sévi avec une force particulière, j'ai noté que ce laps de temps avait été, pour le premier, de novembre 1855 à avril 1856; pour le second, de février 1856 à novembre 1856; et pour le troisième d'une année entière, d'octobre 1855 à octobre 1856. — Cette dépilation obstinée est, en général, un signe fâcheux; rarement la syphilis qu'elle accompagne guérira d'une manière spontanée. J'en ai vu trois fâcheux exemples. Défiez-vous donc des suites, des

reprises possibles d'une vérole où la chute des cheveux a persisté, et surtout a progressé pendant plus de trois ou quatre mois.

Le mercure laisse guérir cet état, mais ne le guérit pas. L'iode et les ferrugineux exercent sans doute sur lui une influence très-favorable ; et il ne faut, en aucun cas, manquer de les administrer de bonne heure, longtemps et à doses suffisantes. Mais, je dois le déclarer, l'effet avantageux de ces remèdes ne pouvait pas être, et n'est pas, à beaucoup près, aussi prononcé ici que contre les autres prodromes. L'hygiène plus que la pharmacie a à s'employer dans cette cure. J'ai toujours vu les cheveux tomber obstinément tant que le malade est sous l'influence de conditions physiques ou morales déprimantes, et pousser de nouveau lorsqu'on parvient à le soustraire à leur empire. En voici deux exemples :

Un étudiant en médecine, devenu, hélas! mon client, après avoir été mon auditeur, végétait, au milieu du vieux Lyon, dans une modeste chambre garnie, persistant opiniâtrément dans ses travaux de dissection. Aussi devenait-il de plus en plus glabre, bien que les autres symptômes syphilitiques fussent des plus modérés. J'écrivis à ses parents, qui le rappelèrent auprès d'eux dans les environs de Mâcon. L'air et le vin du pays natal, l'influence d'une vie à l'air libre, quelques parties de chasse, le loisir de dormir sa grasse matinée, le pot-au-feu du ménage, les petits soins qu'une mère sait imaginer, peut-être aussi l'éloignement d'une cause connexe trop séduisante de débilitation, tout agit de concert ; et le travail de repullulation capillaire était en pleine activité, lorsqu'au bout de six semaines, je revis notre futur alors, aujourd'hui notre très-honorable confrère.

Un négociant, âgé de 26 ans, voyait sa tête se dégar-

nir depuis plusieurs mois, sous l'influence d'une syphilis moyenne, dont je le traitais comme dans le cas précédent, sans mercure. En vain son coiffeur, qui portait au dépérissement *du cheveu* une sollicitude assez peu désintéressée, lui prodiguait toutes les eaux ottomanes, athéniennes, tous les philocomes imaginables. Sur ces entrefaites, je lui fais sentir la nécessité, pour triompher de cette alopécie indéfiniment progressive, d'aller passer une saison aux bains de mer. Il s'y décide, sur mon conseil; mais, contre mon conseil, il choisit Cette, y contracte une diarrhée qui ne le quitte pas pendant les trente jours qu'il y demeure, et revient de son voyage, plus dégarni que jamais. Je le mets à l'usage presque exclusif de la viande à peine cuite. Puis, une fois le dévoiement guéri, j'obtiens qu'il aille pendant le reste de la belle saison, passer la soirée, la nuit et la matinée à la campagne de son père, au lieu de s'enfermer, jusqu'à minuit, comme il le faisait, dans la chaude et puante atmosphère d'un café, au milieu des excitations du baccarat et des soi-disant *rafraîchissements!* — Cet avis, docilement exécuté, ramena, en peu de temps, le mouvement de régénération capillaire si longtemps désiré.

C'est là, selon moi, la vraie médecine de cet état, ainsi que celle de beaucoup de syphilis contre lesquelles docteurs et pharmaciens épuisent infructueusement les ressources de leurs formulaires et de leur officines. Mais tous les malades pourraient-ils, tous voudraient-ils l'exécuter?... Il est du moins positif pour moi, que là, tout autant que dans l'exacte observance des prescriptions médicales, se trouve le secret de l'influence heureuse qu'un traitement à l'hôpital exerce sur les malades de la classe ouvrière; car, pour eux, la vie d'hôpital comprend le repos, le sommeil, le bon régime, l'absence d'excès alcooliques ou autres, en un mot tout ce qu'on regrette de ne pas pouvoir donner aux pau-

vres, et en plus, la privation de tout ce dont on regrette de ne pas pouvoir les détourner.

Il est, d'ailleurs, un fait acquis; c'est que les cheveux et les poils, quand la syphilis existe avant un certain âge, *repoussent toujours.* Quelque galopante qu'ait été, quelque étendue que soit la dépilation, si votre client n'a pas plus de 35 ans, s'il n'est pas soumis à une cause de débilitation étrangère à la syphilis, si l'alopécie n'avait pas préexisté et si elle n'est pas héréditaire dans sa famille, promettez-lui hardiment qu'il regagnera tout ce que la maladie lui a enlevé. Tôt ou tard, au bout de quelques mois ou d'une année, un mouvement régénérateur s'opère, et quelques rasements, quelques *coupes à blanc* y aidant, cette dernière trace de la vérole finit, à sa grande satisfaction, quelquefois à sa plus grande surprise, par s'effacer complétement.

Différences de la première poussée.

6° La première poussée des symptômes généraux est la véritable pierre de touche de l'intensité d'une syphilis. Là enfin, là seulement se traduit la force réelle du virus, telle qu'elle résulte des conditions de *source* et des conditions de *terrain*, telle, en un mot, que ces deux influences l'ont faite.

Examinons les effets de cette poussée sur ses deux théâtres, sur les membranes muqueuses et sur la peau.

Sur les membranes muqueuses.

A. Si je mets cet accident en première ligne, quoique généralement il soit réputé plus tardif que les syphilides proprement dites, c'est parce qu'il est, en réalité, le plus précoce. De même que la lésion du bulbe pileux, il ne produit ses effets apparents, la *plaque muqueuse*, que longtemps après avoir commencé. Tant que la syphilide muqueuse ne produit qu'une coloration plus foncée avec sensation vague de chaleur, on la méconnaît, il est naturel qu'on la méconnaisse; mais elle n'en existe pas moins.

Le mot *plaque muqueuse* est beaucoup trop compréhensif, et j'applaudis aux effort tentés par Ricord, par M. A. Fournier, pour en débarrasser notre lexique spécial. Nous serions plus particulièrement intéressé à l'en voir rayer, nous qui demandons à l'étude de chaque accident un élément du pronostic différentiel. En effet, cette dénomination a été appliquée à des lésions qui, n'offrant ni la même époque d'apparition ni la même nature, ne doivent pas non plus avoir la même signification. A part les tubercules tertiaires perforants, je ne sache vraiment pas de lésion de la bouche qui n'ait reçu ce nom banal de *plaque muqueuse*, que l'on se réserve, à la vérité, de différencier ensuite par les qualificatifs de *opaline*, *confluente*, *ulcérée*, *exulcérée*, *avortée*, etc. Il y a donc lieu de porter la lumière dans un tel chaos. Et je me suis bien souvent demandé pourquoi ce travail n'avait jusqu'ici tenté ni la loupe, ni le pharyngoscope, ni la plume d'un monographe? pourquoi, à côté de la manie de distinguer, à laquelle nous sommes, pour le tégument externe, redevables de tant de classifications magistrales ou subtiles, a prévalu, pour le tégument interne, la manie de confondre?

D'accord donc avec M. A. Fournier, mais distribuant selon le cours graduel de la vérole, les formes qu'il a objectivement si bien décrites, je distingue trois espèces de plaques muqueuses : les *exanthématoïdes*, les *ulcérées* et les *squamoïdes*. Mais ne vous attendez pas, Messieurs, à pouvoir tirer parti de cette division, comme vous utilisez, en sûreté de conscience médicale, la notion qui vous enseigne à juger de la gravité des diverses syphilides externes d'après leur aspect. Ici, la même certitude vous est interdite : aussi a-t-on cherché à s'appuyer sur une coïncidence secourable.

L'on a écrit, en effet, et M. Ratier s'est surtout attaché à développer cette idée, que l'éruption muqueuse, interne, est

toujours la copie de l'éruption cutanée, externe; qu'elle en reproduit chaque manifestation spéciale, chaque forme anatomique par une modalité corrélative. Ce point de vue peut se soutenir, car il se fonde sur une identité de nature très-vraisemblable; mais, en fait, il faut se souvenir que l'éruption muqueuse est loin de coexister avec l'éruption cutanée. Fort souvent, on voit l'une survenir sans l'autre et constituer à elle seule une poussée. Il serait donc utile pour le praticien de s'habituer à apprécier la gravité d'une plaque muqueuse sans avoir besoin de regarder la peau. Or, voici ce qu'on peut dire à ce sujet.

Rien n'est plus trompeur que l'aspect de cette lésion. Si l'on veut juger du degré d'intensité d'une vérole, des chances de la voir guérir spontanément, d'après l'apparence des plaques muqueuses, on errera fréquemment; car cette apparence est souverainement influencée par la région. Et telles différences entre deux tubercules muqueux, qu'un médecin inexpérimenté attribuera à ce que l'un et l'autre appartiennent à une vérole forte et à une vérole faible, dépendent tout simplement de ce que l'un des tubercules siége dans la bouche, par exemple, et l'autre à la vulve. Pour mieux préciser, je dis que, au même moment d'une même syphilis, un sujet peut avoir des plaques muqueuses à forme d'aphthe en dedans des lèvres, constituées par l'épithélium blanchi et comme macéré sur les amygdales, formées par une simple coloration blanche sur les bords de la langue, fissuraires sur la face dorsale de cet organe, exulcérées à la vulve, saillantes, aplaties et suintantes à la marge de l'anus, sous forme d'éruption lichénoïde cuivrée au gland, sèches et moriformes dans le sillon mento-labial, croûteuses à la commissure labiale, etc.

L'influence de la région sur la forme de la plaque muqueuse doit donc toujours être présente à l'esprit du prati-

cien. Cette notion topographique l'empêchera de regarder comme de fâcheux augure une apparence qui n'est que le résultat de conditions locales. Ainsi, dès le début de la vérole, vous verrez aux plaques muqueuses du bord de la langue l'aspect squameux; à celles du pourtour de la dent de sagesse la forme d'ulcères véritables; celles du scrotum vous offriront parfois le contour serpigineux et la couleur cuivrée des vieilles syphilides... Ne vous méprenez pas à ces similitudes dont je viens de signaler la cause principale.

Mais, par contre, la réalité de cette influence locale augmente la portée des signes qui viennent à se manifester en opposition avec ses effets prévus. Si là où, de par la région, il ne devait survenir qu'une simple exfoliation épithéliale, je vois se déclarer une perte de substance, cette sorte de contradiction n'en aura, à mes yeux, que plus de valeur; et je n'hésiterai pas à la considérer comme étant l'indice d'une syphilis plus active, plus forte. A ce point de vue, les *ulcères* du bord de la langue, du scrotum, de l'anus, de la vulve ont une gravité pronostique incontestable. Ils en ont beaucoup moins à la face interne des amygdales; car là, la forme exulcéreuse ou ulcéreuse est, à un certain degré, à une certaine phase du mal, presque constante.

Un autre point de l'histoire des plaques muqueuses restreint encore la confiance à leur accorder comme base de pronostic. Cette lésion n'est pas moins remarquable par la fréquence de ses réapparitions que par ses variétés d'aspect. La moindre cause d'irritation l'entretient ou en provoque le retour. Sa prédilection pour les orifices muqueux montre d'ailleurs suffisamment que les agents d'excitation purement physique ou mécanique jouent un rôle capital dans sa production.

Tous ces traits de leur histoire empirique concourent à

prouver une chose : c'est que la réapparition des plaques muqueuses est un signe beaucoup moins certain de la persistance de la syphilis que ne l'est la réapparition d'autres accidents, des éruptions cutanées générales, par exemple. Ceci est surtout vrai de la reproduction des plaques muqueuses *dans les mêmes endroits* qu'elles avaient précédemment occupés. Leur invasion au gosier, sur les lèvres, vers la vulve est parfois incessante, se fait à époques extrêmement rapprochées. Serait-il logique, en ce cas, de voir dans chaque retour du même symptôme au même point l'équivalent d'une poussée nouvelle, de l'une de ces décharges accusant un état de saturation virulente et un effort éliminatoire connexe qui implique la mise en jeu de toutes les forces de l'organisme?... Non, sans doute : et, par conséquent, toutes les fois que je vois les plaques muqueuses envahir, *peu de temps après en avoir été chassées*, *une région*, et *n'envahir que cette région*, je refuse de compter cette récidive toute locale et presque toujours due à une cause locale, comme une poussée syphilitique distincte.

Mais, dans d'autres circonstances, ainsi que je l'ai déjà dit, on voit une véritable poussée être constituée par la seule apparition de plaques muqueuses. Elle aura, à mes yeux, le caractère d'une poussée de cause interne, elle méritera d'être regardée comme telle, si elle survient un certain temps, deux ou trois mois après la disparition des effets de la poussée précédente, et surtout si elle affecte simultanément plusieurs points, et des points autres que ceux qui avaient déjà été le siége de cette lésion.

Sur le tégument externe.

B. L'étude des syphilides mérite toute notre attention, Messieurs. Mais c'est justement parce que nous voulons cette étude fructueuse, que nous la ferons pratique. Aussi, sans nous laisser arrêter par l'arbitraire apparent de cette

division, examinerons-nous, selon l'ordre que la nature nous impose, d'abord l'*éruption croûteuse du cuir chevelu*, puis les *autres syphilides*.

Éruption croûteuse du cuir chevelu.

Cette légère lésion, localisée au cuir chevelu, est à peu près constamment le premier des effets visibles qui trahissent l'intoxication de l'organisme par la syphilis. Parmi les malades que vous pouvez, à cette période, suivre jour par jour, comme parmi ceux qui vous racontent leurs antécédents, il en est bien peu chez lesquels les *croûtes des cheveux* ne figurent pas comme le premier en date de tous les symptômes. Ajoutons qu'il en est bien peu chez qui cette lésion ait manqué durant le cours de la maladie. M. Bassereau l'a vue 125 fois sur 153 cas. Encore donne-t-il d'excellentes raisons pour prouver que, parmi les sujets sur lesquels il ne l'a pas constatée, plusieurs ou l'avaient eue déjà, ou l'auraient eue s'ils n'eussent pas été mercurialisés.

Le symptôme dont il s'agit paraît avoir singulièrement embarrassé les pathologistes. Rien que pour le dénommer, on voit leur hésitation. Sont-ce des papules? Non; car il y a à la surface une *croûte*, preuve qu'il y a eu de la suppuration. Or, cette suppuration suppose forcément que la papule s'est ulcérée. — Sont-ce des pustules? La chose est plus présumable. Mais, néanmoins, je déclare, quant à moi, n'avoir que très-exceptionnellement vu la lésion à l'état pustuleux.

Aussi les auteurs se sont-ils tirés d'affaire en désignant cet état sous le nom vulgaire de *croûtes des cheveux*, et nous passerions outre sur ces difficultés de nomenclature, s'il n'y avait pas ici une importante distinction à établir.

L'éruption croûteuse du cuir chevelu se présente sous deux formes différentes : l'une, beaucoup plus fréquente (d'après mes observations, 46 fois contre 3) consiste en

croûtes brunes, disséminées, n'existant pas ordinairement ensemble au nombre de plus de sept ou huit, offrant le volume d'un grain de chanvre ; ces croûtes ressemblent parfaitement à celles qui surmontent le sommet des pustules de l'acné simple. Aussi, ai-je donné à cette première forme le nom *d'acné capitis*.

La seconde forme, beaucoup plus rare (3 contre 46), appartient manifestement à la classe des éruptions pustuleuses. D'abord, lorsqu'elle est à son début on peut voir, et j'ai vu de véritables pustules. Puis, à une phase plus avancée de son développement, la lésion offre les caractères les plus accentués de l'impétigo : ce sont les croûtes larges, épaisses, molles, flavescentes, appartenant en propre à cette dermatose. Aussi, le nom qui lui convient le mieux me paraît-il être celui *d'impetigo capitis*.

Je dois faire ressortir une particularité commune à ces deux formes d'éruption. C'est *l'exulcération* du tégument, qui les accompagne. Quel que soit le volume de la croûte, si vous l'enlevez, vous constatez sous elle une abrasion de l'épiderme. Si vous avez arraché la croûte avec l'ongle, la surface sous-jacente saignera. Si, au contraire, vous avez provoqué lentement et sans douleur la chute de cette croûte par l'application d'un cataplasme, vous voyez une surface à vif, rouge, dépouillée d'épiderme et sécrétant un fluide séro-purulent.

Le pronostic de l'affection croûteuse du cuir chevelu est en même temps léger et sérieux : léger parce que cette éruption n'occupe à la fois qu'un petit nombre de points; parce qu'elle est à peine douloureuse et compromettante; parce que, faisant partie à peu près obligée du cortége de la syphilis, sa présence n'assombrit point le pronostic. — Son pronostic est sérieux cependant, d'une façon singulière, mais fort réelle. La plupart des malades ne pouvant résister

à la tentation continuelle d'y porter les ongles, l'éruption s'entretient grâce à cette cause; puis, par cela seul qu'elle s'entretient, elle devient une source d'inquiétude et de désespoir. Ceci vous paraît contradictoire, n'est-il pas vrai, Messieurs? Il semble qu'un malade doué de quelque sens ne s'alarmera pas d'une ténacité qu'il sait fort bien n'être que le résultat d'une irritation toute mécanique, et volontairement exercée! Eh bien! écoutez un exemple, trop véridique, hélas! de cette triste aberration.

Vers 185., je donnais des soins à un jeune docteur ès... Il avait eu, deux ans auparavant, une syphilis constitutionnelle, assez légère, dont il fut traité mercuriellement par l'un de nos premiers spécialistes lyonnais. Mais il lui restait un *acné capitis* dont rien, disait-il, n'avait pu le délivrer, et pour lequel il venait me demander des remèdes. Le mal était circonscrit à deux places occupées par des croûtes de près d'un centimètre de diamètre. Comme il me les montra saignantes, je n'eus pas de peine à reconnaître la cause de leur persistance : et il convint lui-même qu'il y touchait sans cesse avec les ongles. D'ailleurs, l'éruption ne récidivant depuis longtemps en aucun autre endroit du cuir chevelu, et nulle lésion syphilitique ne paraissant sur le reste du corps, je crus que je parviendrais avec une égale facilité : 1° à lui persuader qu'il n'avait plus une syphilis capable de nouveaux ravages; 2° à obtenir qu'il ne grattât plus ses croûtes.

Je me trompais. Malgré tous mes efforts, il me déclara qu'il lui était impossible, *impossible*, de ne pas porter machinalement les doigts à ses croûtes, toutes les fois qu'il se livrait à l'étude, — et il étudiait constamment! D'autre part, quoique très-intelligent et fort raisonnable, tant qu'il sentait et voyait ces malheureuses croûtes, il ne pouvait se croire guéri de la vérole!

Ce pauvre jeune homme devait se marier. Mais, ardemment épris de sa fiancée, il se faisait un cas de conscience de l'exposer à une infection, selon lui, certaine. Vainement fis-je appel à toute sa volonté et à toute sa raison. Vainement épuisai-je les médications diverses appropriées, topiques, fumigations, pommades mercurielles, sulfureuses, alcalines, émollientes, lotions variées, eaux minérales sulfureuses; vainement, cédant à ses instances, lui prescrivis-je même, comme criterium, un traitement mercuriel à doses modérées (dont le résultat fut, d'ailleurs, entièrement nul). En quatorze mois de soins, je n'obtins rien de la maladie, rien du malade. Il cessa de me consulter et j'appris, peu de temps après, qu'il avait tranché par le suicide une situation impossible à dénouer.

Cet exemple, sorte d'hyperbole que la pratique m'a fournie, nous ramène à mieux comprendre pourquoi l'éruption du cuir chevelu se perpétue parfois durant un ou deux ans, sans que, pour cela, il faille admettre que la syphilis existe tant que l'éruption dure.

Mais, dans d'autres cas cependant, elle se reproduit spontanément sous la forme de véritables récidives; et on la voit reparaître à divers intervalles, coïncidemment avec d'autres symptômes constitutionnels (1).

Au point de vue du pronostic spécial, l'éruption croûteuse n'a pas grande importance. On ne peut guère se baser sur

(1) Il ne faut pas confondre cette éruption, essentiellement syphilitique, avec une sorte de lichen qui a son siége d'élection à la partie postérieure de la tête, au-dessus de la nuque. Là s'observent fréquemment des groupes de papules causées chez l'homme par le frottement du col de chemise ou du collet d'habit, chez la femme par le tiraillement des cheveux, que le mode de coiffure nécessite, et que la coquetterie exagère. Cette éruption n'a rien de syphilitique; mais elle pourrait conduire à une erreur de diagnostic le médecin non averti qui l'observerait chez un syphilitique.

sa présence pour deviner si la vérole sera forte ou faible; car elle existe à peu près invariablement chez tous les syphilitiques et, presque chez tous, avec la même bénignité, les mêmes caractères.

Cependant la considération de *forme* peut donner lieu à quelques prévisions assez fondées. L'apparition, au début de l'affection constitutionnelle, d'un *impetigo capitis*, au lieu d'un *acné capitis*, dénote une intoxication forte, doit faire appréhender une maladie dont l'organisme aura quelque peine à triompher. Sur deux des trois malades que j'ai vus atteints d'impétigo, mes notes me rappellent que la vérole a été assez intense pour que j'aie jugé le mercure indiqué. Chez le troisième, la syphilis consécutive ne se produisit qu'à un degré moyen d'intensité : mais ce malade était blond; et cette circonstance-là, d'après mon observation, suffit pour produire l'impétigo au lieu de l'*acné*. Par conséquent, il n'y aurait lieu de porter un pronostic défavorable en raison de l'existence d'un *impetigo capitis* comme accident de première poussée, que lorsque ce n'est pas un blond qui en est porteur.

D'autre part, si la longue durée de quelques croûtes dans les mêmes endroits n'a rien de grave comme pronostic, il n'en est pas de même de leur réapparition dans d'autres points. La *persistance* peut s'expliquer par l'action de causes locales; les *récidives* prouvent que le virus n'a pas encore épuisé son activité.

Quand on veut juger d'avance de la gravité d'une vérole, prévoir les désordres qu'elle est capable de produire ultérieurement, la *première syphilide* est le signe le plus précieux auquel on puisse s'attacher. En effet, le plus ou moins d'intensité des prodromes n'accuse guère, je l'ai dit, que le plus ou moins de force de résistance dont la consti- Autres syphilides.

tution du sujet est douée. Les croûtes du cuir chevelu sont à peu près les mêmes chez tous. Quant aux plaques muqueuses, révélation seméiologique d'ailleurs relativement tardive, si elles sont plus précoces ou plus nombreuses chez quelques malades que chez d'autres, cela tient surtout à l'empire de causes locales qui en sollicitent le développement dans telle ou telle région. Seule, la syphilide peut, grâce à la forme très-variable et très-accusée sous laquelle elle se manifeste, donner une juste idée de ce que sera la syphilis dont elle marque le début. L'œuvre tout entière se peint fidèlement, se devine, pour qui sait lire, dans ce premier chapitre. Si un seul signe m'était accordé pour prédire la destinée *spéciale* d'un homme chez qui la syphilis commence, c'est assurément celui-ci que je choisirais.

A part les éruptions vésiculeuses et pustuleuses, très-rares comme première poussée, la syphilide peut apparaître sous quatre aspects différents : la roséole, les papules, les macules et les squames.

Dans la *roséole*, il se produit, aux hypochondres d'abord, puis à l'hypogastre et au haut des cuisses, ensuite sur la face interne des bras, un certain nombre de taches très-semblables à celles de la rougeole, sans douleur ni chaleur, ni prurit d'aucune espèce ni à aucun degré. Elles ne s'élèvent point au-dessus du niveau de la peau voisine. Elles n'envahissent qu'exceptionnellement le dos, jamais la face externe des membres. Enfin, *elles s'effacent d'elles-mêmes*, en un laps de temps qui varie entre huit jours et six semaines. Mais les endroits que l'exanthème a occupés demeurent assez longtemps sujets à en offrir de faibles et passagers vestiges (qu'il ne faut pas confondre avec une récidive) toutes les fois qu'ils sont soumis à un brusque changement de température, par exemple quand on quitte le lit ou quand on sort du bain.

Dans la forme *papuleuse*, l'éruption envahit les mêmes régions; mais, dès le début, on s'aperçoit que les places sont moins larges, que leur circonférence est plus tranchée. Bientôt leur rougeur devient plus sombre (teinte cuivrée), et elles s'élèvent un peu au-dessus du niveau de la peau. Enfin, il s'établit une desquamation légère, d'abord simplement furfuracée et n'occupant que le sommet, puis peu à peu gagnant en étendue et formant de véritables pellicules. Un prurit extrêmement léger, mais néanmoins sensible chez quelques sujets, a lieu durant cette éruption, qui tend beaucoup moins et beaucoup moins vite que la simple roséole à disparaître spontanément. Très-fréquemment elle s'accompagne de squames palmaires et plantaires dont le développement, vu l'épaisseur de l'épiderme dans cette région, y cause une sensation de chaleur assez incommode.

La syphilide *squameuse* (syphilide lenticulaire, de Ricord), n'est que l'exagération de cette forme papuleuse.

Dans la forme *maculeuse*, les taches prennent très-vite une coloration d'un rouge vineux, coloration aussi foncée, dans quelques cas, que celle des nævus sanguins. Elles ont une grande étendue, un contour très-arrêté. Un de leurs siéges les plus habituels est la face dorsale de l'avant-bras au-dessus et près du poignet, ainsi que le dos de la main. Abandonnées à elles-mêmes, ces taches persistent pendant très-longtemps, et sans aucune desquamation.

On voit, d'après cet exposé succinct, que le début de la syphilide est toujours une tache rouge. Mais en très-peu de temps, en 3 ou 4 jours, un praticien exercé a sûrement reconnu quelle marche l'éruption doit suivre. Et de même que, sous la rougeur initiale commune à tous les exanthèmes fébriles, il sait deviner s'il se cache une variole, une rougeole ou une scarlatine, de même l'habitude

lui a bien vite enseigné à découvrir quelle gravité doit prendre la syphilide, malgré l'apparence identique qui masque sous une forme commune sa première efflorescence.

C'est là, en effet, l'élément capital du pronostic. La vérole doit-elle être faible ou forte? pourra-t-on se dispenser, ou y aura-t-il besoin du mercure?... Je le répète, s'il était possible de fonder sur un signe unique la réponse à faire à ces questions aussi graves que délicates, je n'hésite pas à dire que ce signe serait fourni par la nature de la *première syphilide*. Avec une roséole pure et simple, restant telle pendant toute sa durée, n'affectant en aucun point la tendance à papuler, s'effaçant en douze ou quinze jours, vous avez beaucoup à espérer; la cure spontanée est presque certaine; et le traitement mercuriel peut être ajourné, quelque multipliés et menaçants en apparence que soient les autres symptômes coexistant à ce moment. — Mais le contraire n'est pas moins vrai; et au temps de mes premiers essais, e me rappelle avoir été deux fois sur le point de regretter d'avoir voulu ne lutter que par des médications non spécifiques contre une vérole dont la première poussée à la peau avait été papuleuse ou squameuse. Les syphilides vésicuculeuse et pustuleuse comportent, elles aussi, bien entendu, un pronostic grave.

Mais, fort heureusement, la forme la plus bénigne est aussi et de beaucoup la plus fréquente. Qu'on en juge par les chiffres suivants où j'ai rassemblé comparativement 106 cas dans lesquels j'ai pu observer moi-même, à son début et pendant toute sa durée, la première éruption syphilitique.

Or, sur ces 106 cas, j'ai vu :

63 fois la roséole,

26 fois les papules,

8 fois les squames,
3 fois les macules,
2 fois l'éruption vésiculeuse,.
4 fois la pustuleuse.

Est-il besoin d'ajouter que, dans chaque forme, il y a des degrés; que la rapidité, l'étendue de l'éruption, sa couleur, le nombre des taches ou papules, leur durée doivent entrer en ligne de compte dans les éléments du pronostic?

Je dois aussi faire observer que la *première éruption* est de nature identique sur tout le corps. C'est partout une roséole, ou partout la forme papuleuse. Sans doute, l'influence topographique s'exerce ici; et l'on voit, par exemple, la roséole être, à un même moment, très-colorée sur l'abdomen et très-pâle sur les bras; l'on voit des papules à peine accusées sur le thorax ou les bras coïncider avec une éruption déjà presque squameuse du bas des jambes. Mais le praticien prendra en considération ces conditions de siége et saura ne juger que sur l'ensemble.

Différences de l'adénopathie.

7° Les engorgements ganglionnaires qui surviennent durant la syphilis, constituent, pour ainsi dire, une maladie spéciale dans une spécialité. Leur histoire est encore à faire. Deux mots, jusqu'ici, lui ont porté malheur. Le mot *bubon* d'abord, synonyme d'*aine*, qui a longtemps restreint l'attention des cliniciens aux engorgements inguinaux, si remarquables d'ailleurs par leur prédominante fréquence; puis le mot *adénite*, grâce auquel on a pris l'état du ganglion syphilitiquement affecté pour un simple retentissement inflammatoire. L'expression d'*adénopathie* embrasse tout et ne préjuge rien; aussi l'emploierai-je exclusivement dans le cours de cette étude.

Avant de chercher ce que signifie la présence ou l'absence de l'adénopathie dans tel ou tel cas, il faut déter-

miner la cause qui l'engendre; et pour pénétrer cette cause, il faut d'abord savoir dans quelles circonstances on voit l'adénopathie se produire. La description empirique va donc précéder l'étiologie qui, elle-même, nous conduira au pronostic différentiel, objet spécial de ce cours.

Vous connaissez tous, Messieurs, l'évolution, les caractères de l'adénopathie qui accompagne le chancre. Bien rarement il se passe huit jours, à partir de l'apparition d'une lésion primitive, sans qu'un engorgement dur, indolent devienne perceptible dans *les premiers* ganglions situés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques qui partent de la surface ulcérée. Si cette adénopathie *primitive* est quelquefois en retard, elle ne manque jamais. On l'a dit avec toute raison, c'est *le compagnon obligé du chancre.* Une fois établie, elle persiste pendant plusieurs mois. Si elle a affecté un certain volume, si aucun traitement spécifique n'a été employé, il n'est pas rare d'en retrouver encore des traces très-significatives au bout d'un ou même de deux ans.

Vers l'époque de la première poussée des symptômes constitutionnels, il se déclare *à peu près constamment*, dans diverses régions, des engorgements multiples offrant la même apparence, la même durée que les précédents. Derrière l'occiput, il y en a chez *presque tous* les syphilitiques. Ils sont plus variables, existent moins souvent le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien, ainsi que dans les régions parotidiennes, sous-maxillaires, sous-mentonnières; au-dessus de l'épitroklée, on les observe quelquefois, mais non cependant dans la majorité des cas.

Vous saviez tout cela aussi bien que moi, Messieurs. Il suffit d'avoir suivi trois mois un service d'hôpital spécial pour reconnaître l'exactitude de cette courte description. Mais peut-être vous trouverais-je moins éclairés sur la

cause qui préside à la distribution, si arbitraire en apparence, de ces adénopathies. Lorsque, sur la parole de vos maîtres, vous palpez la nuque d'une femme suspecte; lorsque, dans des recherches qui vous intéressent parfois à double titre, vous utilisez diplomatiquement pour le diagnostic un simulacre de caresse, vous réalisez souvent ainsi une certitude complète. L'adénopathie trouvée, vous concluez qu'il y a vérole; et vous n'avez pas tort. Mais au nom de quelle interprétation, par suite de quel raisonnement avez-vous conclu? Pourriez-vous me le dire? Pensez-vous, par exemple, que les ganglions soient directement influencés, atteints par le virus syphilitique, comme le sont les muqueuses et la peau?... Mais alors pourquoi tous les ganglions n'ont-ils pas également subi l'effet de cette cause générale? pourquoi ceux de la nuque pris et les autres exempts? — Ou bien croyez-vous qu'il y a simplement eu rapport de cause à effet entre l'éruption du cuir chevelu et les ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la peau malade?... Mais, alors encore, pourquoi les éruptions spécifiques du pied, du bras ne retentissent-elles donc pas également sur les ganglions du creux poplité ou de l'aisselle?

L'explication que vous attendez de moi, Messieurs, je pourrais vous la donner d'un mot. Mais c'est dans votre intérêt même que je l'ajourne. Vous la comprendrez mieux, elle sera plus admissible, cherchée d'un commun accord que formulée *ex cathedra*. D'ailleurs, pour l'avoir claire, il ne faut pas la vouloir brève; car elle ne comprend pas moins de faits à éliminer que de faits à interpréter.

Est-ce une cause générale, est-ce une cause locale qui produit, durant la vérole, l'engorgement des ganglions lymphatiques?

Ceux qui expliquent cet engorgement par une cause

locale invoquent en leur faveur l'analogie. « Ne voit-on pas, en effet, dit M. Bassereau, les piqûres de sangsues, les vésicatoires, les éruptions érythémateuses, faveuses, impétigineuses, l'érysipèle, avant même que la rougeur ait paru, et en général toutes les causes d'irritation qui ont agi sur le cou ou sur les parties voisines, déterminer l'engorgemen souvent douloureux des ganglions cervicaux? Il est probable qu'il en est de même dans l'érythème syphilitique. » (P. 71.)

Je ne nie point, Messieurs, je professe, au contraire, très explicitement que, en syphilis, la présence d'une adénopathie est toujours liée à la présence d'une lésion locale. C c'est le seul moyen de comprendre pourquoi, dans une maladie générale, comme l'est la syphilis, l'engorgement affecte certains ganglions et en épargne d'autres.

Mais ne forçons point l'analogie. Gardons-nous, Messieurs, de décréter une similitude absolue entre l'adénopathie syphilitique et les adénites développées à l'occasion des inflammations de cause purement locale. Tout les sépare : l'adénopathie syphilitique, dans les cas déterminés, dans le cas de chancre, par exemple, existe *constamment;* elle affecte *plusieurs* ganglions (pléiade); elle est *indolente;* elle *survit* à l'extinction de la lésion locale sous l'influence topographique de laquelle elle était née. — L'adénite commune, au contraire, fait souvent défaut; se localise assez ordinairement dans un seul ganglion; est en rapport d'acuïté avec l'acuïté de la lésion locale qui l'a produite; enfin, se dissipe d'elle-même après la disparition de cette lésion.

Pour produire les adénopathies, il faut donc l'action d'une influence locale; mais elle ne suffit pas. Dans quelle limite respective, pour quelle part agissent ici la cause locale et la cause générale, la syphilide et la syphilis? C'est ce qu'il nous faut maintenant déterminer, ou plutôt, c'est

ce que le simple exposé de quelques faits d'observation vulgaire va vous permettre, Messieurs, de découvrir vous-mêmes.

Ainsi, la lésion primitive (le chancre) est *toujours* accompagnée d'adénopathie.

Ainsi, cette adénopathie *primitive* ne manque que dans le *chancroïde* (c'est-à-dire dans cette espèce de lésion primitive née de l'insertion du virus sur un sujet qui a déjà eu la syphilis). Ce sujet a subi le contact d'un agent infectant, et il a un chancre induré bien caractérisé. Seulement, exempté de par ses antécédents, il n'aura pas cette fois la vérole; une nouvelle infection ne se réalisera pas dans son organisme. — Aussi, l'infection n'ayant pas lieu, l'adénopathie fait défaut, ainsi que je l'avais annoncé dès 1853, que je l'ai démontré expérimentalement dans mon Mémoire sur les *réinfections syphilitiques,* et que plusieurs observateurs l'ont reconnu après moi.

Ainsi, l'éruption croûteuse du cuir chevelu avec érosion du tégument est le *premier* signe, et un signe qui ne manque *presque jamais*, de la deuxième phase de l'infection. — Aussi, l'adénopathie sous-occipitale existe-t-elle alors à peu près invariablement.

Ainsi, les plaques muqueuses *les plus précoces* se manifestent dans la bouche, aux amygdales; et elles sont ordinairement *ulcérées* ou *exulcérées*. — Aussi, y a-t-il assez souvent des adénopathies parotidiennes, sous-maxillaires, sous-mentonnières.

Ainsi, comme contre-épreuve, les syphilides cutanées précoces sont très-rarement assez graves pour déterminer *un travail inflammatoire d'une certaine intensité et d'une certaine profondeur.* — Aussi, ne voit-on qu'exceptionnellement survenir des adénopathies en rapport de siége avec cette espèce de lésions syphilitiques.

Donc, Messieurs, je reconnais, je proclame la nécessité d'une cause générale, d'un état constitutionnel ; cet élément est indispensable pour la production de l'adénopathie. Cela est tellement vrai que, alors même que la lésion locale existe avec tous ses caractères objectifs, il suffit, vous l'avez vu par l'exemple du *chancroïde*, il suffit que l'infection manque pour que jamais l'adénopathie ne se montre (1).

Mais, je ne saurais trop le répéter, tout indispensable qu'elle soit, cette cause-là n'est pas suffisante. En douteriez-vous, Messieurs? Réfléchissez : et vous vous demanderez pourquoi, chez le même sujet, pendant la même période de la syphilis, certains ganglions sont toujours affectés, à l'exclusion non moins constante de certains autres. Regardez : et vous verrez que, chez un syphilitique, aucun ganglion ne s'engorge sans que, à ce moment, il existe ou il se prépare une lésion à l'extrémité périphérique des vaisseaux lymphatiques afférents à ce ganglion.

Cette remarque, — je dirais cette *loi* si le mot ne portait pas également malheur aux écrivains qui l'emploient et aux choses qu'il désigne, — cette remarque serait incomplète si je ne vous disais pas maintenant quelles sont, parmi les lésions syphilitiques, celles qui, avec le concours de l'influence constitutionnelle, donnent lieu à l'adénopathie.

(1) Inséparablement liée à l'infection, l'adénopathie en est, en même temps que la conséquence, le meilleur indice. Elle seule prouve (non pas seulement, comme l'induration du chancre, que l'organisme a été en rapport avec une cause capable de l'infecter), mais qu'il a réellement subi l'action de cette cause. C'est cette valeur prépondérante de l'adénopathie sur l'induration chancreuse, comme signe de l'infection réalisée, que j'avais, dès 1854, exprimée dans les termes suivants : *Le virus syphilitique, quand il envahit l'organisme d'un individu, détermine toujours dans le premier ganglion qui se trouve sur sa route un travail de réaction manifesté à l'extérieur par la tuméfaction de ce ganglion.* (*Traité sur la syphilis des nouveau-nés*, p. 293.)

Or, Messieurs, les faits ci-dessus exposés nous édifient à cet égard. Ils suppléeraient avantageusement votre professeur; car à cette question : « Quelles lésions peuvent déterminer l'adénopathie? » ils ont déjà répondu : « Ce sont celles que, en réalité, on voit la déterminer. »

En effet, où voyez-vous naître l'adénopathie? En correspondance avec des lésions suffisamment rapprochées du début de la syphilis, et attaquant une certaine épaisseur du tégument. Plus elles sont primitives, — permettez-moi ce comparatif insolite, — plus elles sont à la fois et *primitives* et *profondes*, et plus elles ont de tendance à s'accompagner d'adénopathie. Quand ces deux conditions sont pleinement réalisées, l'adénopathie est forcée (chancre); — quand, bien qu'affaiblies, elles coexistent, l'adénopathie vient encore fatalement (acnés capitis), — quand elles sont plus faiblement satisfaites, l'adénopathie peut manquer (plaques muqueuses superficielles ou tardives); — quand une seule d'entre elles est remplie, l'adénopathie fait défaut (elle n'accompagne pas les éruptions sèches, *bien que précoces*, telles que la roséole; elle n'accompagne pas non plus les ulcérations tertiaires, *même très-profondes*).

La pratique qui m'a révélé cette notion, m'en confirme à chaque instant la justesse par des exemples décisifs. Ainsi un malade qui me consulta en 1856, trois mois et demi après avoir eu un chancre, n'avait d'éruption sur aucun point de la peau si ce n'est un acné du cuir chevelu. L'adénopathie sous-occipitale coexistait. — J'ai répété la même observation sur un jeune homme qui venait se faire visiter par moi presque tous les matins, me montrant sa vérole, en quelque sorte, au saut du lit. Le vingt-sixième jour à partir du début de son chancre, je constatai une éruption papuleuse générale à peine apparente, plus un seul acné sur le côté droit du synciput. Eh bien! un engorgement sous-occi-

pital existait déjà du côté droit, très-peu saillant mais perceptible.

Mêmes remarques pour les adénopathies correspondantes aux lésions buccales. On a nié, je le sais, — quoique j'ignore dans quel intérêt doctrinal, — on a nié que, à la période secondaire, il existât d'autres engorgements ganglionnaires que les sous-occipitaux. Pourtant, nous voyons souvent des sujets atteints de plaques muqueuses gutturales ou labiales offrir des *glandes engorgées* sous les côtés de la mâchoire. Parfois même ce sont là les seules adénopathies existant à cette période. J'ai gardé note d'un malade, que je vis le 4 novembre 1860, deux mois après son chancre. Il n'avait eu depuis lors, et n'avait à ce moment, pas d'autre symptôme que des plaques muqueuses au gosier. Aussi ne trouvai-je chez lui aucun engorgement à la région sous-occipitale.

Si l'adénopathie existe, ai-je dit, cela dépend soit de la *précocité,* soit de la *profondeur* de la lésion tégumentaire qui correspond anatomiquement au ganglion. J'en puis citer, pour la région qui nous occupe, une preuve assez frappante. Pendant que je préparais cette leçon, un homme vint me consulter pour les suites d'un chancre datant de près de trois mois. Il n'avait encore eu que de la céphalée et des lassitudes musculaires, sans aucune éruption cutanée. Mais sa bouche était couverte d'une profusion vraiment incroyable de plaques muqueuses et ulcérées. Langue, lèvres, joues, palais, amygdales, toute la surface en était comme doublée. Dans ce cas, je prévis, je dis d'avance que les ganglions sous-maxillaires et parotidiens devaient être engorgés. L'exploration locale confirma mon pronostic; les adénopathies étaient là aussi saillantes, aussi multipliées qu'elles le sont ordinairement à la région sous-occipitale.

Il n'est pas de *région à ganglions* où ne puisse se développer l'adénopathie spécifique, lorsque les conditions ci-

dessus indiquées se trouvent réunies. « J'ai vu, dit M. Bassereau, j'ai vu les ganglions de l'aisselle hypertrophiés ; et, dans ce cas, il existait constamment au voisinage de l'épaule quelque groupe papuleux ou pustuleux à l'influence duquel on pouvait attribuer l'adénite axillaire. — On observe aussi assez souvent le développement anormal des ganglions sous-maxillaires : il peut être rapporté, dans presque tous les cas, à une angine syphilitique récente et assez aiguë. » Ces deux derniers mots, si directement abondant dans mon sens, ne semblent-ils pas dire que l'observation de M. Bassereau avait devancé mon explication? ou plutôt ne montrent-ils pas mon explication trouvant sa meilleure preuve dans le témoignage aussi désintéressé qu'explicite de ce clinicien véridique et sagace?

La présence du *ganglion épitrokléen* s'explique également par quelque lésion du membre supérieur. Mais il y a ici un moyen aisé de prouver la réalité de cette cause. De toutes les lésions *adénopathogènes*, la plus efficace, au membre supérieur, est sans doute la squame palmaire, vu sa profondeur. D'autre part, il est d'observation que cette lésion est presque toujours plus prononcée à l'une des deux mains. Or, j'avais recueilli mes observations sans prévoir, en aucune façon, le parti que je pourrais avoir à tirer de cette circonstance pour vérifier mon explication de l'adénopathie. Ce n'est donc pas sans un plaisir que vous comprendrez, Messieurs, que j'ai, en dépouillant mes notes, trouvé mention des coïncidences suivantes. Chez mon malade n° 65, les ganglions sus-épitrokléens n'étaient engorgés qu'à gauche ; et l'éruption palmaire n'occupait que la main gauche. Chez le malade n° 52, l'adénopathie existait des deux côtés, mais sensiblement plus volumineuse au coude droit ; aussi la main droite était-elle beaucoup plus affectée que la gauche.

J'ai, depuis lors, souvent répété cette remarque. Mais n'oublions pas que la *précocité* de la lésion palmaire est, comme à l'égard des croûtes du cuir chevelu, une condition efficace pour qu'elle produise l'engorgement. Le 22 novembre 1860, je vis un officier, âgé de 34 ans, atteint d'une syphilis extrêmement légère : il avait à peine deux taches de roséole et quelques croûtes entre les cheveux. Depuis deux jours seulement, il s'était manifesté une squame dans la paume de la main gauche. Eh bien ! trois jours après, je pus constater, au-dessus et en dedans du coude gauche, l'engorgement ganglionnaire.

Lorsque, ayant trouvé l'adénopathie sus-épitrokléenne, vous chercherez sa lésion génératrice, passez soigneusement en revue la pointe du coude (si souvent squameuse), les bords des ongles (où un onyxis naissant peut se dissimuler); rappelez-vous que les lésions palmaires, étant séparées de l'extérieur par un épiderme épais, peuvent exister et produire l'adénopathie avant d'être devenues perceptibles; songez à ce fait, entièrement analogue, des engorgements ganglionnaires qui se manifestent comme effet d'une maladie, de l'érysipèle, avant qu'aucune rougeur perceptible ait trahi la présence de cette maladie. N'oubliez pas non plus que le ganglion sus-épitrokléen, quoique n'ayant que son volume normal, forme souvent une saillie aussi capable d'être prise, même par le médecin, pour un état morbide que le sont parfois les ganglions inguinaux normaux chez les sujets maigres.

L'étiologie des adénopathies syphilitiques, telle que je la comprends, a un point de contact saisissant avec la mieux connue des maladies virulentes des animaux. Par sa fréquence, par ses causes, par son siége de prédilection, par l'époque de son apparition, l'adénopathie syphilitique est le parfait analogue des engorgements qu'on voit, chez les

sujets morveux, exister presque constamment dans la région sous-maxillaire (ganglions de l'auge). Comme dans la syphilis, l'engorgement affecte ici de préférence les ganglions en rapport anatomique avec la partie, — fosses nasales, — où se produisent les premières lésions de la morve; et comme les sous-occipitaux pour la syphilis, ils constituent par leur présence un signe précoce très-précieux à utiliser dans le diagnostic de cette maladie.

En possession de ces faits, consonnants quoique divers, nous est-il défendu d'y voir les éléments d'une théorie? de chercher le lien qui les rassemble, la cause physiologique qui préside aux conditions de leur développement? Ce n'est pas vous, Messieurs, qui m'interdiriez cette investigation. L'esprit de la jeunesse répugne à l'observation empirique; et j'aurais certes plus de peine à vous retenir qu'à vous entraîner dans le champ de l'hypothèse... Mais je me retiens moi-même : satisfait d'avoir livré à vos méditations matière à s'exercer sur un sujet aussi neuf que pratique, je me borne, pour le moment, à vous faire remarquer :

Que, puisque l'adénopathie existe *toujours* avec la lésion primitive et apparaît surtout avec les lésions les moins éloignées de celle-ci, on peut, dès qu'on voit l'adénopathie accompagner une lésion syphilitique, en inférer que cette lésion a encore quelque chose de la lésion primitive.

Ces mots « *a encore quelque chose de la lésion primitive* » expriment une pensée qui n'est pas sans importance pour le pronostic. Dans l'organisme que le virus syphilitique a pénétré, il s'opère, on le sait, un travail incessant de dépuration, dont la marque la plus évidente consiste en ceci : que l'économie qui, dans le principe, produisait des lésions primitives, c'est-à-dire aiguës, extensives, douloureuses, éminemment contagieuses, constamment suivies d'adéno-

pathie, n'en produit plus que de chroniques, indolentes, stationnaires, de moins en moins contagieuses, de moins en moins *adénopathogènes.*

Or, il n'est pas inutile, pour le médecin, de savoir où en est, à un moment donné, ce travail de dépuration. La chose l'intéresse d'autant plus qu'il n'assiste pas à ce mouvement organique en spectateur indifférent. Selon que l'élimination spontanée du virus a été plus ou moins rapide, il donnera les spécifiques ou s'en abstiendra; imposera à son client des sacrifices pour obtenir de meilleures conditions hygiéniques ou l'en dispensera; permettra le mariage à un certain terme ou l'interdira, etc.

Eh bien! l'adénopathie comitatrice des lésions secondaires concourt à lui donner le moyen de fixer sa conduite. Si un tubercule muqueux de l'amygdale, par exemple, s'accompagne d'adénopathie, quoiqu'il ait paru au quatrième mois de la maladie, cela prouve que, au bout de ces quatre mois, le virus n'avait pas encore subi une atténuation très-notable. Cette circonstance, c'est-à-dire l'existence d'une adénopathie tardive est donc aggravante pour le pronostic. Elle montre que tout n'est pas fini, que la fermentation virulente actuelle ne sera pas la dernière; elle donne à craindre que l'élimination spontanée du virus ne soit difficile, et qu'il ne devienne peut-être nécessaire d'y aider par l'emploi des spécifiques.

Les exemples en sens inverse ne doivent pas non plus être omis. Moins longtemps les symptômes secondaires produiront l'adénopathie, et plus on pourra espérer une prompte terminaison de la syphilis. Parfois même, quoique très-rarement, on cherche en vain ce signe; j'ai vu manquer même l'adénopathie sous-occipitale, quoique les lésions crâniennes qui la produisent ordinairement existassent. Dans ces cas, on peut s'attendre à une vérole exceptionnellement

bénigne. Ainsi, chez mon malade n° 60, quoiqu'il eût eu des acnés du cuir chevelu, je ne pus constater d'engorgements sous-occipitaux. Aussi a-t-il parfaitement guéri sans avoir eu qu'une seule poussée, quoique la première, consistant en papules, semblât présager une syphilis grave ou tout au moins très-longue.

En somme, Messieurs, je crois, tout en me tenant à distance suffisante des spéculations théoriques, avoir préparé la solution des questions suivantes, questions tellement obscures jusqu'à présent que à peine avait-on songé à les poser :

Pourquoi les ganglions en rapport avec le siége de la lésion primitive de la syphilis sont-ils toujours engorgés?

Pourquoi les ganglions sous-occipitaux le sont-ils presque toujours?

Pourquoi tous les ganglions de l'économie ne s'engorgent-ils pas au moment où éclatent les symptômes dits constitutionnels?

Pourquoi cet engorgement tantôt a-t-il lieu, tantôt manque-t-il, à la suite d'une lésion constitutionnelle qui en apparence est de la même espèce et de la même période?

Pourquoi cet engorgement n'accompagne-t-il que les lésions secondaires, et jamais ou presque jamais les tertiaires?

Que deviennent les adénopathies nées sous l'influence de la syphilis?... On sait avec quelle lenteur se dissipent tous les engorgements ganglionnaires, quelle qu'en ait été la cause. Ceux que produit la syphilis ne pouvaient pas ne pas partager ce caractère. Aussi survivent-ils très-longtemps à la lésion qui les a engendrés; et quand on sait les chercher, on les trouve parfois encore plusieurs années après le début de la maladie.

Mais on les trouve aussi après l'extinction même complète du mal; de sorte que, s'ils comptent à juste titre pour un vestige caractéristique, ils ne méritent point de compter indéfiniment pour un symptôme. Ils accusent le passé; mais ils ne tiennent nécessairement en suspicion ni le présent, ni l'avenir.

Il est vrai de dire, cependant, que si les ganglions restent très-volumineux, si surtout ils se *réengorgent* à diverses reprises, ces circonstances doivent tenir la sollicitude du praticien éveillée sur la possibilité d'une récidive. Mais, au contraire, les voit-on subir une diminution progressive? quelque lente qu'elle soit, si en même temps qu'ils deviennent moins volumineux ils deviennent plus mous, leur signification est toute rassurante; et il n'y aurait point lieu, par exemple, de prononcer, d'après cette persistance, l'ajournement d'un mariage qu'on aurait, sur l'ensemble des autres circonstances ayant trait à la syphilis, jugé faisable.

Notons encore, pour terminer l'histoire de ces engorgements, qu'ils offrent à l'action curative du mercure une susceptibilité en rapport avec celle qu'offrent les lésions d'où ils proviennent. De même que l'induration chancreuse, l'adénopathie primitive se fond très-vite sous l'influence du proto-iodure de mercure. Au contraire, les ganglions sous-occipitaux résistent tout aussi longtemps à l'administration du mercure que les acnés du cuir chevelu qui ont été leur cause occasionnelle. Quant à l'engorgement ganglionnaire qui accompagne quelquefois les plaques muqueuses buccales, il ne cède, comme ces plaques elles-mêmes, qu'à la cautérisation portée sur elles, et qui est ordinairement indispensable pour en triompher.

Différences des récidives

8° *Récidives !...* Mauvais nom, Messieurs; gardez-vous de jamais l'employer dans la clientèle. En dépit de toute cir-

conlocution, il implique quelque chose d'imprévu, de désappointant, qui, après ce qui a été expliqué, ne doit plus être dans votre esprit, et qui ne se trouverait pas sans danger dans votre bouche. Parlez des *poussées successives*, des *retours*, des *assauts* (comme le disait un de mes malades), mais ne prononcez pas le mot *récidive.* Allez au fond des choses : dès qu'un vérolé vous demande son horoscope, avertissez-le que, très-probablement, tout ne se bornera pas aux symptômes présents; que, dans la très-grande majorité des cas, traités ou non traités, ils reviendront à diverses reprises, sous telle ou telle forme plus ou moins grave, pour finir, bien entendu, par s'éteindre complétement.

Cette franchise de votre part est obligatoire; car elle est intéressée. Si vous n'avez pas tenu ce langage, si vous vous êtes retranché sous l'optimisme illusionné de ceux qui promettent une prompte guérison radicale à la condition d'un traitement mercuriel ou ioduré, qu'arrivera-t-il? Le client, voyant incessamment revenir un mal dont vous lui aviez annoncé la fin assurée, deviendra à son tour victime d'une illusion facile à comprendre. Il croira éternel ce qui n'est que long; ne fera plus *son temps obligé de vérole* que sous l'empire des passions déprimantes les plus propres à en aggraver l'intensité, à en prolonger le cours. Découragé, désormais justement méfiant de vos pronostics ultérieurs, il vous quittera : et, ce qui est pire, le confrère qui vous aura succédé dans sa confiance n'aura le plus souvent qu'à assister, les bras croisés, à l'évolution finale de la maladie, pour avoir tout l'honneur d'un succès qui non-seulement vous aura échappé, mais vous sera imputé à crime.

Dans la très-grande majorité des cas où j'avais abandonné la syphilis à sa marche naturelle, j'ai vu les symptômes constitutionnels s'éteindre d'abord, puis reparaître sous une forme plus ou moins différente. Ces réapparitions ou

récidives sont la règle commune; tellement commune que, 3 fois seulement sur 43 cas, j'ai vu la maladie se borner à une seule poussée.

Je prouverai bientôt (j'en prends l'engagement formel), qu'elles ont également lieu après le traitement mercuriel. Mais pour le moment, mon objet est tout autre. Puisque je fais étude des diverses lésions de la syphilis dans l'intention de discerner celles de ces lésions qui accusent une intoxication forte de celles qui permettent de prévoir une intoxication faible, il faut, après avoir, dans ce but, analysé chaque symptôme, analyser aussi la *succession*, *l'enchaînement des symptômes.*

Ici, je puis et je dois procéder les chiffres en main. Cinquante-trois cas complets ont passé sous mon observation. Dix d'entre eux ayant dû être éliminés comme manquant de détails assez précis sur le point en question, il m'est resté un total de quarante-trois cas bien circonstanciés et de date suffisamment ancienne.

Or, en les examinant, je n'ai pas eu de peine à reconnaître qu'on pouvait les diviser, sous le rapport de la gravité, en deux séries.

De ces quarante-trois malades, les uns ont guéri spontanément, après avoir été affectés seulement de prodromes, d'acnés capitis, de roséole et de plaques muqueuses, parfois de dysphonie, sans éruptions profondes, sans trouble ni sérieux ni durable de la santé générale. Ils n'ont eu, en fait de poussées ultérieures, que les mêmes lésions reparaissant avec une intensité de moins en moins forte, et ils se sont, après avoir payé ce léger tribut, toujours bien portés depuis lors (1).

(1) Carmichaël avait déjà écrit, à propos du cours et de la cure spontanée de la syphilis bénigne, ces lignes admirables, fruit de son obser-

Les autres avaient eu pour premières syphilides des éruptions plus accentuées. L'alopécie de plus de six mois, l'amaigrissement, l'atteinte portée au moral n'avaient pas échappé aux observateurs même non médicaux; des contractures, de la dysphonie, des céphalées rebelles s'étaient ajoutées prématurément aux lésions des deux téguments. L'iritis, l'albuginite s'étaient parfois montrées. Enfin, si parmi ceux-ci, quelques-uns avaient avec le temps, guéri complétement sans mercure, chez d'autres, il avait finalement fallu y avoir recours. Et un petit nombre n'avait pu échapper à la dégénérescence diathésique, dite période tertiaire.

J'ai donc naturellement divisé mes quarante-trois cas en deux catégories distinctes : l'une, des véroles faibles, comprenant vingt-six cas; l'autre, des véroles fortes, en comprenant dix-sept.

Eh bien! entre ces deux catégories, l'observation révèle une différence tranchée, quant à la manière dont se comportent les poussées successives de la vérole. La différence existe, soit pour le nombre, soit pour l'époque, soit pour la nature des poussées.

D'abord, quant au *nombre :*

Parmi les 17 sujets fortement vérolés, aucun n'en a été

vation, et que je traduis textuellement : « Dans quelques cas, l'éruption, après avoir entièrement disparu, revient et revient encore, à intervalles irréguliers de une ou plusieurs semaines; chaque retour successif, cependant, étant moindre que le précédent et s'accompagnant de moins de trouble constitutionnel. Les intervalles entre ces attaques sont aussi de plus en plus longs à mesure que la maladie s'épuise d'elle-même ou cède au pouvoir de la constitution. Mais si la marche (*progress*) de la maladie a été interrompue par le mercure avant qu'elle soit arrivée à sa dernière phase, elle devient plus obstinée et compliquée qu'elle n'aurait été autrement. » (P. 93.)

quitte pour une poussée unique, 3 seulement n'en ont eu que deux, 4 en ont eu trois, 3 en ont eu quatre et 7 en ont eu cinq ou six.

Au contraire, parmi les 26 sujets faiblement vérolés, 3 n'ont eu que la première poussée, 14 n'en ont eu que deux, 8 en ont eu trois et 1 seulement, quatre.

Je présente dans le tableau suivant la différence existant entre les deux degrés de la syphilis, quant au nombre des poussées observées dans chacun d'eux.

NOMBRE DES POUSSÉES.	SYPHILIS FORTES.	SYPHILIS FAIBLES.
Syphilis à une seule poussée.		3 cas.
— à deux poussées.	3 cas.	14 —
— à trois poussées.	4 —	8 —
— à quatre poussées.	3 —	1 —
— à cinq ou six poussées.	7 —	

Secondement, quant au *laps de temps* qui a séparé l'une de l'autre les poussées successives, la différence n'est pas moins remarquable : c'est là un des résultats qui m'ont le plus vivement frappé au moment où, après avoir dressé mes deux tableaux, j'en vins à apprécier leurs traits différentiels.

Le temps écoulé entre le début de l'accident primitif et l'invasion des symptômes constitutionnels, en d'autres termes, la deuxième incubation, n'est pas, nous l'avons déjà vu, beaucoup plus long dans une série que dans l'autre. Il est cependant, en moyenne, plus long de *un huitième* dans la série des véroles faibles.

Mais c'est l'intervalle entre la première et la seconde poussée qui offre la différence la plus saillante. Dire qu'il est du double, dans les véroles faibles, serait encore rester au-dessous de la réalité. Car après avoir compté en jours,

le temps écoulé entre la première et la deuxième poussée, j'ai trouvé :

Que pour les 17 cas de vérole forte, ce temps a formé un total de 840 jours.

Et que, pour 17 cas (— j'ai pris les 17 premiers de la série pour avoir un parallèle valable —) de vérole faible, ce total a été de 1,754 jours.

Cette différence n'est point l'effet d'un hasard. Elle se retrouve la même dans les intervalles subséquents. Ainsi pour le temps écoulé entre la deuxième et la troisième poussée, je trouve que :

Pour les 8 premiers cas de la série des véroles fortes, ce temps forme un total de 356 jours.

Et que, pour les 8 cas de véroles faibles (les seuls où il y ait eu une troisième poussée), ce total a été de 1188.

La moyenne du temps écoulé entre la première et la deuxième poussée a donc été de 49 jours (1) pour les véroles fortes; de 103 pour les véroles faibles. — Et la moyenne, entre la deuxième et la troisième poussée, a été de 44 jours pour les véroles fortes, de 148 pour les véroles faibles.

Du reste, afin de mieux montrer qu'il n'y a là ni erreur,

(1) On taxera sans doute de mal fondée ma prétention d'avoir pu rapporter, comme l'indiquent ces chiffres, à un jour fixe l'époque de l'invasion des poussées. Il est certain, en effet, que malgré tout le soin que j'ai mis à examiner, à interroger mes malades, je n'ai pu obtenir, et par conséquent je n'entends établir, sous ce rapport, que des dates approximatives. — Mais telles qu'elles sont, elles suffisent parfaitement, ce me semble, pour remplir mon but, puisque je ne cherche ici qu'à constater les différences existant entre deux séries de cas, pour chacune desquelles les causes d'erreur que je signale sont exactement les mêmes.

ni survenance fortuite de quelques gros chiffres pesant sur l'addition, je vais transcrire le tableau qui m'a fourni ces résultats statistiques :

	SYPHILIS FORTES, 17 CAS.					SYPHILIS FAIBLES, 26 CAS.			
	2e incubation. — Jours.	DE LA 1re poussée à la 2e. — Jours.	DE LA 2e à la 3e. — Jours.	DE LA 3e à la 4e. — Jours.	DE LA 4e à la 5e. — Jours.	2e incubation. — Jours.	DE LA 1re poussée à la 2e — Jours.	DE LA 2e à la 3e. — Jours.	DE LA 3e à la 4e. — Jours.
1er cas	60	95	48	50	»	45	300	»	»
2e —	45	44	46	5	»	35	87	»	»
3e —	60	28	20	32	44	40	38	134	»
4e —	59	46	25	»	»	52	132	»	»
5e —	33	37	»	»	»	46	65	»	»
6e —	45	26	39	87	160	58	60	»	»
7e —	29	54	83	»	»	58	146	»	»
8e —	63	26	32	23	»	47	142	»	»
9e —	40	26	»	»	»	61	»	»	»
10e —	80	80	93	»	»	57	94	»	»
11e —	38	25	60	25	64	92	104	»	»
12e —	40	90	29	»	»	70	43	61	»
13e —	28	14	13	19	63	35	120	»	»
14e —	63	52	plusieurs autres poussées			38	»	»	»
15e —	36	80	139	40	83	45	50	»	»
16e —	40	40	»	»	»	71	60	»	»
17e —	52	70	20	plus. autres poussées		56	53	302	»
18e —	»	»	»	»	»	55	182	113	»
19e —	»	»	»	»	»	45	188	»	»
20e —	»	»	»	»	»	103	97	155	»
21e —	»	»	»	»	»	50	90	136	»
22e —	»	»	»	»	»	53	101	»	»
23e —	»	»	»	»	»	42	65	102	»
24e —	»	»	»	»	»	75	»	»	»
25e —	»	»	»	»	»	50	50	185	100
26e —	»	»	»	»	»	55	150	240	»

Un coup d'œil jeté sur ce tableau suffit à résumer l'en-

seignement que j'en veux déduire. Il montre la différence essentielle qui existe, quant à leur évolution, entre la vérole forte et la vérole faible. Dans la première, une série de poussées nombreuses et séparées par de courts intervalles ; dans la seconde, un nombre moins considérable de poussées, espacées par de longs intervalles. Ce résultat est acquis à l'histoire empirique de la syphilis : il ne demeurera point stérile pour celui qui saura y chercher un élément de pronostic.

Il résulte aussi de ces chiffres que, lorsqu'on veut apprécier la signification pronostique d'une poussée, lorsqu'on cherche à déterminer ce qu'elle peut faire présager, il ne faut pas considérer exclusivement la *nature* des accidents en lesquels elle consiste.

Sans doute, la *nature* des lésions qui constituent une poussée est le meilleur moyen de bien apprécier la gravité de celle-ci. Si à une éruption roséolique pour première poussée, a succédé, pour la seconde, une syphilide squameuse, accompagnée d'onyxis ou d'albuginite, le pronostic est, bien entendu, tout différent de celui que feraient porter des poussées consistant en lésions d'une gravité successivement décroissante. Mais, à côté de l'essence propre à chaque poussée, il ne faut jamais perdre de vue le degré de rapidité avec lequel elles se succèdent, on doit toujours prendre en considération le plus ou moins de temps qui a séparé une poussée de celle précédemment observée. Il se peut, par exemple, qu'une éruption papuleuse survenue au bout de trois mois, soit un présage moins sinistre qu'une simple roséole apparue 25 à 30 jours après la poussée précédente. — Qu'il nous suffise d'avoir énoncé cette donnée. Le calcul de compensation qu'elle nécessite ne peut se régler d'après des bases fixes : ce sont là de ces tâches qui incombent au praticien et qui mettent au plus haut point

en œuvre, pour leur accomplissement, toutes les qualités dont se compose ce qu'on appelle son tact.

Nous connaissons à présent, Messieurs, les signes d'après lesquels on peut présager les divers degrés de la syphilis. Nous savons plus : nous sommes en mesure, appelés à n'importe quelle phase de la maladie, de déterminer où elle en est actuellement de sa marche, de lui tâter le pouls en quelque sorte, de prédire ce que, à un moment donné, elle recèle de menaces ou offre de garanties pour l'avenir.

Il faut maintenant utiliser ces données pronostiques en vous disant quand... je me trompe, *comment*, l'art doit intervenir. Car, même lorsqu'il renonce aux spécifiques, le médecin syphiligraphe a toujours quelque chose à faire. En possession de l'hygiène, en présence d'une affection *totius substantiæ*, est-il jamais autorisé à désarmer?

Mais, tel que je le comprends, son office est aussi difficile que varié, aussi complexe qu'important. Dès 1797, l'un des pères de la vérole, Léonicène, émettait cette pensée qu'un poëte lyonnais vient de traduire exprès pour vous :

Du méchant savetier qui voudrait, sans *mesure*,
Faire entrer tous les pieds dans la même chaussure,
Médecins mes amis, vous offririez les traits,
Si, comme ce butor, dénués de logique,
Vous vouliez, comptant là trouver gloire et succès,
Donner, dans chaque cas, une drogue identique
A tous les malheureux souffrant du mal français !

Léonicène a raison ; et notre doyen est encore aujourd'hui notre meilleur guide. Après 366 ans, on peut répéter, sous forme d'une trop juste critique, ce qu'il énonçait comme simple avertissement : « Cavendum est à medicis ne, more

mali sutoris eodem calceo pedes omnes induere laborantis, ipsi quoque morbum Gallicum eadem in omnibus medicina sanare studeant. »

Cet art de varier, qui n'est autre chose que l'art de pratiquer, je m'efforcerai, Messieurs, de vous en enseigner les principes dans la prochaine séance. Car il est temps qu'on ne fasse plus d'un seul médicament une chaussure à tous pieds; il est temps qu'on apprenne ici à reconnaître, à aider le pouvoir de la nature; que, en syphiligraphie comme partout ailleurs, on consente à poser l'indication selon les cas; il est temps, en un mot, que le spécialiste devienne médecin.



TROISIÈME LEÇON.

Thérapeutique des syphilis faibles et fortes.

MESSIEURS,

Origine et bases du renom de *spécifique*, acquis par le mercure.

Quatre malades, quatre syphilitiques vont consulter.

L'un a un chancre; l'autre une érosion chancriforme; le troisième, une roséole de première poussée; le dernier, une éruption squameuse, de récidive.

Leurs médecins ne sont pas moins dissemblables que leur état morbide. L'un d'eux a étudié à Paris; l'autre à l'extrémité opposée de la France.... à Montpellier; le troisième a l'accommodante laxité des doctrines italiennes; le dernier la précision sévère des méthodes anglaises.

Eh bien! dans les quatre cabinets, je l'affirme, l'arrêt sera le même et la formule identique : « Prenez du mercure. »

« Mais, à ce prix, docteur, me répondez-vous, au moins, d'une guérison complète?

— Nullement.

— Et que ferai-je si la maladie revient?

— Vous reviendrez.

— Et que prendrons-nous alors, après le mercure?

— Nous y reviendrons. »

Or, Messieurs, comment un pareil dialogue a-t-il pu devenir la langue médicale courante? comment le mercure s'est-il accrédité?

Il guérit certaines lésions syphilitiques; et celles qu'il a le privilége de guérir sont justement les plus graves de toutes. C'est là un hommage bien mérité, que je me plais à lui rendre.

Or, les anciens médecins n'ayant pas en leur pouvoir d'autre agent curatif; — craignant, dans toute syphilis, de voir apparaître, à toute échéance, toutes les lésions possibles; — ignorant que plusieurs de ces lésions guérissent spontanément... les anciens médecins, dis-je, s'habituèrent vite à juger le mercure nécessaire dans tous les cas. C'est ainsi qu'il s'imposa. Moitié frayeur de l'avenir, moitié reconnaissance de quelques services rendus, n'est-ce pas là la double racine de toute tyrannie?

On crut donc le mercure indispensable contre toutes les lésions syphilitiques; on l'administra dans tous les cas. Et comme, *pendant* ce temps, la syphilis guérissait, on s'accoutuma à le réputer spécifique indispensable.

Nous avons tous été élevés dans cette croyance, Messieurs, tous nous ordonnons le mercure. Comme la religion, pour plusieurs d'entre nous, c'est une habitude congéniale, que nous continuons sans la raisonner. Ainsi qu'au XVIe siècle, tous nos malades *passent par la casserole*, dont, nous qui tenons le manche, nous sommes obligés, pour les y re-

tenir, de leur répéter : « Hors de la casserole, point de salut ! »

Et pourtant, Messieurs, c'est un étrange *remède* que celui dont le nom seul soulève, d'instinct, l'horreur, la répulsion universelles ;

Que celui qui ne serait jamais accepté, s'il n'avait soin de se déguiser, par exemple, sous le pseudonyme d'*hydrargyre*;

Que celui qui, de peur d'accidents trop probables, ne marche jamais sans ses deux fidèles satellites, sans ses deux correctifs aussi peu infaillibles que peu inoffensifs, les chlorates et l'opium ;

Que celui qu'un médecin prudent n'ordonnera jamais sans écrire, à la suite : « s'il fait du mal, soyez attentif et prompt à en suspendre l'emploi. »

A un autre point de vue, jugé *a priori* et par analogie, c'est un singulier *spécifique* que celui qui, si l'on en croit ses partisans, est nécessaire et efficace indistinctement dans n'importe quel cas... Eh quoi ! tandis que les vrais spécifiques, le quinquina, le copahu ont leurs contre-indications, leur moment opportun, leur insuffisance et parfois leur inutilité reconnues, le mercure, au contraire, guérirait toutes les formes, toutes les phases, tous les degrés de la syphilis ! Et il n'y aurait aucune forme, aucune phase, aucun degré qui pût guérir sans lui !!....

Dès le XVIe siècle, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, des médecins autorisés, ceux que nous appelons avec un juste orgueil les *Pères de la vérole*, avaient donné le signal de la réaction contre cette foi aveugle. — Il y a quarante ans, Broussais releva le drapeau de l'opposition. Mais comme, pour preuves de l'inutilité du mercure, il produisait des guérisons spontanées de *chancrelles* et de *blennorrhagies;* comme surtout il ne voulait détrôner le mercure que pour

lui substituer les saignées et la diète, sa réforme n'obtint ni auprès des savants, ni auprès des praticiens plus de faveur qu'elle n'en méritait. — De nos jours, un mouvement mieux raisonné se prononce dans le même sens; et la littérature anglaise et allemande qui nous en apporte à chaque instant les marques les plus irrécusables, enlève à mon entreprise le caractère d'innovation ou de paradoxe, qui pourrait vous tenir en défiance.

Toutefois, le mercure, parmi nous, règne encore en souverain. Et ce ne sont pas les malades qui seuls ont à souffrir de cette autocratie. Est-il, je vous le demande, rien de plus digne de pitié que le sort du jeune médecin à qui ses maîtres ont enseigné l'infaillibilité du mercure, et qui, tous les jours constate dans sa pratique des récidives de syphilis! Messieurs, nous avons tous passé, tous vous passerez par cette série fatale d'illusions, de mécomptes et de doutes. Chacun de vos malades aggravera le poids de la responsabilité qui vous attend. Mais combien ne vous paraît-elle pas plus lourde, quand, parmi les confrères autorisés à qui votre perplexité va demander conseil, aucun ne manque de vous répondre : « Moi! mais je guéris radicalement tous mes syphilitiques par le mercure! »

C'est là, croyez-le, c'est, surtout pour le médecin d'hôpital, une situation déplorable. Lorsque, il y a vingt ans, je pris le service de l'Antiquaille, je voyais, — comme j'ai vu depuis, — la plupart de mes malades, quoique scrupuleusement et longuement mercurialisés, offrir des récidives. Dans ma candeur, je me croyais seul coupable; je me figurais avoir mal observé les règles de la thérapeutique. Alors vous m'eussiez vu, en conséquence, varier la préparation pharmaceutique, changer la voie d'absorption, augmenter soit la dose quotidienne, soit la durée totale du traitement; tantôt me préoccuper d'obtenir une tolérance parfaite des

voies digestives ainsi que des gencives, tantôt aller jusqu'à provoquer intentionnellement, comme critérium, un léger degré de stomatite, recourir aux plus fameuses *tisanes*, aux sudations, à l'or, à l'argent, voire au platine... Toujours même résultat, toujours des récidives.

Dans mon découragement, je demandais avis à tous mes collègues. Il en est un surtout, souverainement bon, proverbialement honnête, qui avait le privilége de mes confidences; j'ai nommé le cher et vénéré docteur Bottex. Il n'était pas de semaine, où, gravissant avec lui la rude montée de l'Antiquaille, je ne profitasse des moments où il reprenait haleine, pour lui poser mon éternelle question !... Hélas! comme les autres, c'était la même réponse :

« Moi !... je les guéris tous sans récidives, pourvu qu'ils prennent exactement la dose prescrite de liqueur de Van Swieten. »

Sur nouveaux frais, j'interrogeais, je me faisais soigneusement renseigner; je m'enquérais du *modus faciendi*, des doses, du régime, de la durée des adjuvants; puis, je me remettais à l'œuvre... et, comme devant, la récidive était la règle, la cure radicale l'exception (1).

C'est pour avoir moi-même traversé ces épreuves, Messieurs, que je veux vous les épargner par une confession

(1) Il arrive fort souvent ceci : Le traitement, fait avec le bi-chlorure, par exemple, a laissé venir une récidive : on donne alors le proto-iodure. Même effet, c'est-à-dire nouvelle récidive : on administre alors le cyanure... Et ainsi de suite, jusqu'à ce que, à force de varier, — ce qui ne peut se faire sans employer un peu de temps, — la maladie finisse par s'éteindre. — Et le dernier traitant, de triompher de ses prédécesseurs, de répéter avec orgueil : « C'est moi qui suis le vrai praticien; moi seul, j'ai su démêler l'indication, approprier la forme médicamenteuse à l'individualité morbide! » Triomphe éphémère, que le premier cas rabaissera, dès le lendemain, sous les fourches caudines de la loi commune, de la loi des récidives.

franche et sincère. Voyons donc de près ce grave problème, si mal posé, si peu résolu jusqu'ici, de la cure spontanée de la vérole.

La syphilis peut guérir spontanément parce qu'elle est une intoxication, non une diathèse.

La syphilis guérit quelquefois spontanément sans le secours des spécifiques. Cela me paraît démontré; j'en donnerai tout à l'heure les preuves de fait les plus incontestables. Mais avant de prouver qu'elle *guérit*, peut-être n'est-il pas inopportun de prouver qu'elle *peut* guérir. Pardonnez-moi, Messieurs, ce que vos esprits positifs appelleront, je le crains, une digression superflue. Elle n'est pas pour tout le monde aussi oiseuse que, ici, *à l'école pratique*, on doit le penser.

La syphilis *peut* guérir spontanément, parce qu'elle est non pas une diathèse (ainsi qu'on le répète, partout), mais bien une intoxication; et parce que toute intoxication guérit d'elle-même à la condition que l'organisme ait assez de force et qu'on lui laisse assez de temps pour éliminer le poison.

Je dis que la syphilis n'est pas une diathèse. Voici par quels caractères fondamentaux elle diffère de cette classe de maladies, dont je crois pouvoir vous donner, comme exemples-types, la dartre et le rhumatisme.

A. Une diathèse peut naître spontanément (s'il est quelque chose de spontané dans la nature). — La syphilis, à notre époque, ne résulte jamais que d'une transmission d'individu à individu.

B. Une diathèse ne peut pas être reproduite à volonté sur un sujet quelconque. De cinquante soldats qui subissent les intempéries du campement, à peine dix prendront-ils un rhumatisme. De vingt épiciers qui manient leurs denrées et leurs drogues, quatre ou cinq tout au plus seront dartreux. D'ailleurs, pour contracter ce genre de maladies, il

faut des conditions de choix, une prédisposition; ce qui justifie parfaitement leur nom de *diathèse.* Il serait impossible de rendre à volonté un individu rhumatisant; et pour mon compte personnel, je défie bien qu'on me fasse dartreux. — Au contraire, nous sommes tous passibles de la syphilis; nul n'en affronte impunément la cause. A l'incrédule qui le nierait, rien ne serait plus facile que de donner, *hic et nunc*, avec la lancette, un démenti dont sa santé et ses convictions recevraient une égale atteinte. En un mot *l'égalité devant la vérole* est une des conquêtes les moins contestées de la syphiligraphie moderne. Et si, comme l'enseigne encore un de vos maîtres aimés, « une prédisposition est nécessaire pour la prendre, » il est positif, — ainsi qu'il l'avoue ingénument lui-même, — « que cette prédisposition existe, et sans exception aucune, chez tous les hommes. »

C. Une diathèse est héréditaire, mais elle l'est à sa manière. « Que transmettent les parents dartreux, rhumatisants? » dit avec raison M. Dechambre. « Ils transmettent, répond-il, non pas directement l'un ou l'autre des états morbides qu'ils portent eux-mêmes, mais seulement une certaine disposition organique qui prédestine leurs enfants à la dartre, au rhumatisme, le plus souvent pour une époque déterminée de la vie, celle qui avait été fatale aux parents eux-mêmes. » — « Que transmettent les syphilitiques, continue le même nosographe? — Réellement et immédiatement la maladie dont ils sont atteints. Ce n'est jamais à un âge plus ou moins avancé, mais toujours dans les premières semaines de la vie extra-utérine que se développent les accidents sur le nouveau-né (1). » — La propaga-

(1) L'action de la vie, l'exercice des fonctions sert ordinairement à provoquer les manifestations syphilitiques héréditaires. Mais ce n'est pas là, tant s'en faut, une condition indispensable pour qu'elles sur-

tion de la syphilis des parents aux enfants n'est donc qu'une sorte de contagion, que l'un des procédés de ce mode pathogénique. « Elle ne constitue pas, dit encore M. Dechambre, elle ne constitue pas plus l'hérédité proprement dite, que l'empoisonnement du fœtus par l'injection de la noix vomique dans les veines de la mère ne constitue l'hérédité des convulsions tétaniques. » — Enfin, dernier trait différentiel, la transmission de la syphilis dans ce cas est tellement peu l'analogue de l'*hérédité morbide*, — telle que cette propriété est connue, — que le mal, ceci est parfaitement avéré, peut passer non-seulement de la mère au fœtus, mais aussi du fœtus à la mère.

D. Une diathèse engendre des lésions non contagieuses. — Celles de la syphilis sont justement remarquables et dangereuses par la propriété inverse.

E. Une diathèse, quand elle a envahi l'organisme, ne l'abandonne que très-exceptionnellement d'une manière définitive. — Pour la syphilis, la guérison est la règle; l'incurabilité une exception.

F. Enfin, — pour abréger, — les manifestations des diathèses n'attaquent ordinairement qu'un système de tissus organiques; elles ont une gravité progressive, et il est quelquefois dangereux de les supprimer. — Au contraire, la syphilis attaque tous les tissus, tous les organes; quand elle est, au point de vue hygiénique, bien traitée, ses manifestations vont en diminuant d'intensité; et nulle crainte de répercussion ne doit empêcher de chercher à en provoquer

viennent. Rondelet, Doublet, Gilbert, Guérard, Landman, A. Cooper ont vu des nouveau-nés venir au monde avec des lésions syphilitiques manifestes. Ceci seul suffit à prouver que, dans ses rapports avec sa mère syphilitique, le fœtus ne puise pas seulement une prédisposition à la syphilis, mais bien la syphilis même.

la disparition aussi prompte que possible par le traitement local.

Je termine cette digression, Messieurs, en répétant comme conclusion ce que je disais comme énoncé : la syphilis est une intoxication ; donc elle est spontanément curable.

Mais cette possibilité a-t-elle reçu la sanction de l'expérience? existe-t-il des cas de syphilis guérie, complétement guérie, sans l'intervention des *spécifiques* mercuriels?

Preuves directes de la cure spontanée de la syphilis.

Cette question est déjà résolue par l'affirmative, pour la plupart des médecins suffisamment expérimentés et sincères. Il n'en est aucun qui n'ait eu occasion de voir des sujets atteints autrefois de vérole et qui se présentent dans son cabinet entièrement guéris, quoique s'étant passés de traitement, ou l'ayant exécuté avec une négligence qui équivaut à l'omission. On interroge ces malades ; à leurs réponses on reconnaît, à n'en pas douter, qu'ils ont été atteints de véritables symptômes constitutionnels : et il est aussi impossible de leur contester leur qualité d'ex-syphitiques que leur brevet de parfaite santé actuelle. Moi-même, Messieurs, je vous ai, dans mes deux premières leçons, cité plusieurs faits de ce genre.

Mais il faut apporter à l'élucidation de ce point capital des éléments positifs, des preuves directes. J'en ai, je puis dire, les mains pleines : et j'ose espérer que vous ne trouverez pas la rigueur de la démonstration au-dessous de l'importance du problème.

Depuis le mois de mars 1855, j'ai traité sans mercure un grand nombre de cas de syphilis. Mais sur ce nombre, au moment de l'employer à la démonstration présente, il m'a fallu faire un choix.

J'ai dû éliminer d'abord ceux de mes malades à qui, soit par nécessité reconnue ultérieurement, soit sur l'ordre

d'autres confrères intervenus dans le cours du traitement, une certaine quantité de mercure a été administrée.

Je n'ai pas non plus voulu faire figurer ici de nombreuses guérisons que je crois solides, mais qui sont trop récentes encore, pour avoir suffisamment subi l'épreuve décisive et indispensable du temps.

Plusieurs enfin se sont éliminés eux-mêmes : ce sont les malades qui ont guéri, que j'ai toute raison de croire aujourd'hui bien portants, mais que je n'ai plus eu occasion de revoir. J'ai renoncé à user d'un procédé trop commode pour n'être pas très-répandu, lequel, pour certains médecins, consiste à compter comme guéri tout client qui n'est pas revenu les consulter dans un délai de... !

Or, ces légitimes défalcations faites, il me reste un total de dix-huit syphilitiques traités sans mercure, complétement guéris, et dont la guérison (datant, pour quelques-uns, d'une époque antérieure à 1855) remonte

pour trois. . . . . à 3 ans et demi,
pour trois. . . . . à 4 ans,
pour quatre. . . . à 4 ans et demi,
pour trois. . . . . à 5 ans,
pour un. . . . . . à 5 ans et demi,
pour un. . . . . . à 6 ans,
pour un. . . . . . à 8 ans,
pour un. . . . . . à 9 ans,
pour un. . . . . . à 16 ans.

(ce temps est compté à partir de la disparition du dernier accident syphilitique observé, jusqu'au dernier jour où j'ai revu l'ex-malade).

Ces dix-huit observations seront, pour la plupart, rapportées avec tous les détails nécessaires (1).

(1) Voyez Note 3.

Il est donc prouvé qu'on peut guérir la syphilis sans mercure.

Légitimité des essais de cure spontanée de la syphilis.

Mais vaut-il mieux tenter cette cure-là? Le praticien consciencieux est-il en droit de refuser ou de différer, de propos délibéré, l'administration du mercure à un sujet chez qui il a reconnu l'existence de la syphilis?

La question est grave, Messieurs. Pour être autorisé à la résoudre par l'affirmative, il faut avoir établi les quatre propositions suivantes :

1° Que l'emploi du mercure a, par lui-même, des inconvénients sérieux;

2° Que le traitement mercuriel laisse se développer, laisse revenir, laisse persister les lésions syphilitiques;

3° Que le médecin peut discerner suffisamment à temps les cas de syphilis qui sont susceptibles de guérir sans mercure, d'avec ceux qui en réclament l'emploi;

4° Que si le médecin a erré dans ce diagnostic prévisionnel, il ne résultera pas, de l'ajournement du mercure, un danger pour le malade.

Reprenons et démontrons ces quatre propositions.

Nocuité du mercure.

1° *Inconvénients du traitement mercuriel.* — La défiance que soulève ce métal ne date pas d'hier : elle est aussi ancienne que générale. Dès l'année 1532, Massa avait à examiner les raisons de ceux qui prétendaient que le mercure attaque les nerfs, *nocet nervis;* et il est obligé de concéder qu'il ne faut l'ordonner qu'après avoir bien pesé s'il fera plus de bien que de mal, *an sit majus juvamentum quàm nocumentum.* C'est dans ce cas seulement qu'il en autorise l'emploi.

Montanus déclare qu'il n'y a rien de pire pour les vérolés que de leur donner, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, sous forme d'onguent ou de fumigation, de l'argent vif. *Et testor Deum*, dit-il, joignant l'exemple au précepte, *aderatque*

excellentissimus Fracastorius, ex inunctione mercurii statim quemdam incidisse in epilepsiam, et vix potuit curari ab eâ, et nullam causam habuit nisi eam occasionem.

En vain, les protestations et les explications se multiplièrent-elles pour dissiper cette horreur du mercure, que Brassarole avoue être, de son temps, universelle. En vain, ajoute-t-il : *inunctio salutaris est, à Diis potius quam ab hominibus inventa.* Déjà nous voyons la défiance que ce métal inspirait aux médecins consciencieux se traduire par deux signes où notre doctrine a trouvé avec orgueil ses parchemins.

Benedictus, ce professeur émérite qui n'a écrit son *Traité* qu'à l'âge de soixante-dix ans, ne recommande que comme *troisième ressource* les frictions mercurielles, qu'un médecin prudent, dit-il, ne doit jamais employer qu'avec frayeur et précaution, *nisi cum timore et cautelâ*, « nam hæc tertia cura, conclut-il, est satis mendax, fallaxque et periculosa. »

Enfin Vigo, encore plus positif, a pour méthode générale de traiter la maladie un an par des remèdes simples non mercuriels. Si, à ce terme, elle a résisté au temps et à ces remèdes, alors on la déclare *morbum gallicum confirmatum*, et alors seulement on la traite par les frictions mercurielles. — Cette sage recommandation édictée par Vigo ne semble-t-elle pas résonner encore à nos oreilles, puisque après plus de trois siècles, aucun pharmacien ne se permet d'ajouter de mercure à l'emplâtre qui porte son nom, si le médecin ne lui en a pas fait l'injonction formelle par les mots sacramentels : Vigo *cum mercurio !*

Mais examinons le traitement mercuriel tel qu'il s'ordonne et se pratique de nos jours, avec tous ses perfectionnements qui, veuillez le remarquer, ont surtout été faits en vue de le rendre moins dangereux.

La somme de nos griefs et de ses méfaits n'a pas besoin d'être exagérée. Je ne renouvellerai donc pas contre lui la vieille imputation calomnieuse qui lui attribuait tous les accidents de la syphilis. Je ne crois pas non plus, avec les Allemands (et bien que Virchow ait trouvé deux fois, et Hyrtl trois fois du mercure dans le tissu osseux d'un squelette), que ce métal produise la carie. Je m'inscris enfin contre cette pensée du docteur Milton, qui met à la charge du mercure la céphalée par laquelle se marque le début de l'évolution syphilitique.

Non, le mercure ne produit ni la céphalée, ni l'alopécie, ainsi que le vulgaire s'obstine à le croire. Mais il est certain qu'il peut, donné inopportunément ou à trop haute dose, augmenter ces accidents. Car vous vous rappelez qu'ils dépendent de la chloro-anémie, qu'ils sont un effet de la déglobulinisation du sang. Or, en pareil cas, n'est-ce pas à une aggravation qu'on doit s'attendre par l'effet d'un médicament altérant, qui appartient à la classe des antiplastiques? De plus, par son action irritante sur le canal intestinal, le mercure contribue très-souvent à entraver la nutrition en rendant la digestion imparfaite.

Cette débilitation générale éclate quelquefois par une sorte de contre-épreuve plus manifeste que la preuve même. Un individu a la syphilis et en même temps il prend du mercure. S'il se plaint de se sentir plus faible, de manquer de forces, d'éprouver une certaine dépression intellectuelle, vous ne savez, le plus souvent, pour quelle part la maladie contribue à produire cet état, et pour quelle part y contribue le médicament. Mais suspendez le dernier, et parfois vous serez surpris du résultat. — Un brave jeune homme, qui avait été mercurialisé à l'excès et *mis au régime* par deux médecins de Grenoble, ne guérissait pas et maigrissait à vue d'œil. Je fis cesser l'hydrargyre ainsi que

les *gratins;* et au bout d'un mois notre ami avait repris la belle et prospère apparence qu'on se plaît tant à lui voir aujourd'hui. — En août 1857, un chef de cuisine était traité pour des plaques muqueuses persistantes des amygdales, par mon cher et savant collègue et ami le docteur Potton, ex-médecin de l'Antiquaille. Il prenait depuis deux mois du proto-iodure de mercure à doses très-rationnelles, très-modérées; mais la guérison se faisant attendre, j'eus à lui donner un conseil. Sans le désapprouver le moins du monde, je fis, par essai, suspendre l'emploi des pilules. Huit jours après, il revenait me voir : « Je me sens renaître, s'écria-t-il en entrant; depuis que je ne prends plus de remèdes, mes forces reviennent de jour en jour. »

Une autorité imposante confirme cette opinion. Ricord place l'influence de traitements mercuriels antérieurs parmi les causes qui peuvent imprimer au chancre la déviation phagédénique. Le mercure a donc, selon notre maître, une influence réelle sur la constitution; et cette influence, bien entendu, ne peut être que débilitante.

Ptyalisme. L'effet du mercure sur la muqueuse buccale est bien connu : mais c'est à tort qu'on se flatte de le prévenir ou de le maîtriser à coup sûr par la modération des doses, par la suppression du remède en cas d'accident, et par l'emploi (même prophylactique) des chlorates alcalins. Et ici, Messieurs, je ne fais pas allusion à ces salivations atroces, qu'on recherchait autrefois comme un critérium de l'efficacité du remède, que nous redoutons tous, et dont cependant chacun de nous a, malgré toutes les précautions, observé dans sa propre pratique quelques cas. Ces exemples sont rares; ils ne doivent pas entrer ici en ligne de compte.

Je veux seulement parler de ces érosions ulcéreuses, attaquant le bord libre des gencives, déchaussant les dents, et

donnant à la bouche une disgrâce non moins perceptible par l'odorat que par la vue. Eh bien ! cet état est souvent, très-souvent, le résultat de doses très-usuelles, très-médicales, de mercure. Il s'observe à la suite des traitements les plus rationnels, en dépit de l'avis donné et exécuté de cesser le remède aussitôt qu'il fatigue les gencives. On sait le soulager sans doute, on parvient à l'atténuer, on finit par le guérir; mais, sur beaucoup de sujets, on ne le guérit qu'à la longue. Et l'habitude de la fluxion étant prise, elle persiste et reproduit parfois, pendant plusieurs années, d'incessantes exaspérations d'un mouvement morbide dont d'ailleurs, dans l'intervalle, les effets apparents ne se dissipent jamais d'une manière tout à fait complète.

L'action nuisible du mercure sur les voies digestives n'est pas moins évidente. Mais, à l'inverse de la stomatite, ici ce sont des accidents assez légers qui s'observent le plus fréquemment. Qu'un homme qui se mercurialise éprouve incidemment de la diarrhée, de la pesanteur à l'épigastre, un peu d'inappétence, voire quelques nausées ou vomissements, je suis trop juste pour en faire un crime au mercure; car, à ce compte, il faudrait aussi nous priver des services de l'émétique à haute dose, du copahu, et même du fer. Dyspepsie.

Mais ce que je signale, ce que je déplore, ce que je dois enregistrer comme conséquence de la médication mercurielle, ce sont les cas de dyspepsie, de dyspepsie prononcée et durable, qui se produisent quelquefois sous son influence. Cet accident ne me préoccupe pas tant par sa fréquence que par la difficulté ou l'impossibilité de le prévenir. Ainsi un malade prend des pilules de Dupuytren ou de Ricord; il les supporte moyennement bien. Pour les rendre

plus tolérables, vous usez des divers moyens en usage; vous discontinuez, de temps en temps, le remède; vous y associez l'opium; vous administrez, après la pilule, une tasse de boisson émolliente; vous éloignez l'heure des repas; vous réglez le régime alimentaire; votre surveillance s'étend même jusqu'au choix du pharmacien. Bref, tant de soins paraissent avoir leur récompense: malgré quelques incommodités légères (auxquelles d'ailleurs le médecin doit bien s'attendre dès qu'il a écrit le mot *mercure*), tout marche à peu près bien; et vous persistez, avec raison, à préférer l'ingestion du remède par la bouche à une autre voie d'absorption plus innocente mais moins efficace. Mais, bientôt, ce qui n'était qu'un accident passager devient l'état habituel; les digestions sont laborieuses, la barre ou le poids épigastrique, après le repas, constant; certains aliments indigèrent; la constipation, les éructations, l'inappétence ou une sorte de faim vorace complètent l'ensemble pathologique. Peu à peu l'amaigrissement se prononce, le moral est frappé d'une mélancolie ou d'une irascibilité anormales, en d'autres termes, la dyspepsie est confirmée: elle a marché, malgré la suppression immédiate du mercure, en dépit de tous vos soins.

Cinq malades de ma clientèle, que j'ai pu observer dans l'espace de trois ans, m'ont fourni les traits de ce tableau. Conduits, sous le rapport des doses, avec toute la prudence, tous les ménagements possibles, ils ont offert les symptômes graves et variés que la dyspepsie engendre. L'un d'eux, chef d'institution, avait pris, quoique maigrissant néanmoins, une boulimie telle que les quatre repas de ses jeunes élèves avaient, pour l'heure des siens, des intervalles trop éloignés. Un second était devenu tellement faible qu'une angoisse précordiale constante et de fréquentes lypotymies prouvaient l'insuffisance extrême de la nutrition. Aux plus heu-

reux il a fallu deux ans, une ou deux saisons de Vichy, et les soins diététiques les mieux ménagés pour se remettre de cette atteinte. Les autres en souffrent encore, ils m'ont, bien entendu, retiré leur confiance; et ils ne me rencontrent jamais sans que leur regard m'apprenne ce que nous devons, eux et moi, de reconnaissance au *remède* qui a créé entre nous de tels rapports.

Les lésions de l'appareil de l'innervation, qu'un préjugé invincible attribue au mercure, sont nombreuses et variées.

Tremblement.

Plusieurs, sans doute, sont ou chimériques ou dues à d'autres causes. Mais il en est une, au moins, dont cet agent est certainement responsable : c'est le tremblement nerveux. Cet état, je l'ai noté plusieurs fois, développé sous mes yeux, à la suite de l'administration modérée du remède, faite soit par moi, soit par des confrères. Un docteur de mes amis, qui avait gagné la vérole en accouchant une femme syphilitique, voulut, pour épargner les voies digestives, user du mercure à l'extérieur. *Dès la troisième friction*, il sentit une trémulation involontaire des mains, manifeste surtout en écrivant. Suspendant aussitôt la médication, il mit fin à cet accident..., et à la maladie, qui, sous ma direction, a guéri sans qu'il ait eu besoin de revenir aux mercuriaux. — Un monsieur, âgé de 49 ans, client de mon excellent et si aimable ami, le docteur Yvaren, avait gagné, à un traitement mercuriel, d'ailleurs aussi indispensable que modéré, un tremblement tel que, à chaque instant, écrivant sous mes yeux, il faisait, par exemple, un *p* pour un *b*. — Je pourrais citer plusieurs autres cas beaucoup plus graves, entre autres, celui d'un pauvre clerc de notaire, dont vous n'entendrez pas, sans intérêt, la triste histoire :

Un confrère très-expérimenté, de Paris, M. le docteur

Langlebert, lui avait ordonné, le 18 juillet 1857, 5 centigrammes de proto-iodure de mercure par jour, pour une syphilis datant d'un mois, et que je m'étais d'abord, moi, cru autorisé à traiter sans mercure. Il continua le proto-iodure jusqu'au 9 septembre, jour où un peu de salivation m'engagea à le suspendre. — Il le reprit le 15 septembre, mais le 20 de ce même mois, il commença à sentir (je lui laisse la parole telle qu'il la prit dans mon cabinet, le 23), à sentir « des fourmillements par tout le corps, plus prononcés aux épaules, aux genoux, sur les côtés de la poitrine, aigus surtout dans les doigts, accompagnés d'un sentiment de raideur et de crampes, tel qu'il n'est plus complétement maître de ses mouvements pour écrire (ce qui l'a obligé de cesser ses occupations), ni pour boutonner ses habits. » D'ailleurs, appétit et sommeil normaux, pas de fièvre, aucun désordre intellectuel.

Malgré tous mes soins, et les traitements les plus variés, auxquels le malade se prêtait avec empressement afin de pouvoir reprendre son travail, le tremblement a duré plus de deux mois chez ce jeune homme, médiocrement constitué, il est vrai, un peu lymphatique, mais sans aucune apparence morbide. Le 18 novembre, il me disait encore que, lorsqu'il écrivait un peu longtemps, sa main devenait agitée et lui refusait le service. — Quant à la syphilis, elle ne reparut plus que sous forme de quelques plaques muqueuses amygdaliennes et anales, et de plaques lichénoïdes du gland. — Le mercure, bien entendu, n'a pas été recommencé, et j'ai revu, pour la dernière fois, ce malade parfaitement guéri, le 12 février 1859.

Accidents apoplectiformes.

Démêler ce qui, dans la production de ces accidents, tient à la syphilis et ce qui tient aux spécifiques, est une œuvre aussi difficile qu'importante. Comme elle nécessite des dé-

veloppements étendus, des citations complètes, permettez-moi d'en renvoyer l'exposé à une autre place (1).

Ici nous ne pouvons pas, — j'oserai dire : ***nous ne voudrions pas***, — arriver à la certitude. Aussi me contenterai-je d'un résumé très-succinct des faits de cet ordre qui ont passé sous mes yeux, vous laissant le soin de prononcer sur le rapport soit de coïncidence, soit de causalité, qui a pu unir le désordre cérébral à l'administration du spécifique. Folie mercurielle.

Deux obstacles empêcheront longtemps d'obtenir, sur ce sujet, une solution positive. Ainsi d'abord, on voit sans doute beaucoup d'individus devenir fous pendant ou après l'usage médical du mercure. Mais y a-t-il plus de fous sur un nombre donné de gens mercurialisés que sur le même nombre de gens non mercurialisés? Tant qu'une statistique précise n'aura pas répondu à cette question, les partisans du mercure seront en droit de soutenir que cet agent ne préserve certes pas de la folie, mais qu'il n'y dispose point.

En second lieu, il est rare qu'un individu prenne du mercure sans avoir la vérole. S'il devient fou, lequel des deux, le mal ou le remède, est-il juste d'accuser?... Autre question, autre cause d'obscurité, encore plus difficile, presque impossible à élucider.

Je pourrais néanmoins citer un cas, mais un seul, où l'influence de la syphilis fut nulle. Vers le milieu de 1856, un étudiant en médecine, à Montpellier, eut deux blennorrhagies, puis une chancrelle. Se croyant syphilitique, il fut très-longtemps (aussi longtemps que les blennorrhagies durèrent) traité par les pilules de Dupuytren et la liqueur de Van Swieten ; — le seul fou, ou le plus fou, fut-il ici le client? — En novembre 1857, revenu à Lyon, ce jeune homme, dont

(1) Voyez Note 4.

la famille ne présente aucun antécédent de ce genre, offrit une morosité et une diminution de mémoire que ses camarades commencèrent à remarquer. Ces accidents allèrent en augmentant. Il quitta de nouveau Lyon, éprouva des accidents aigus, qu'on déguisa sous le nom de *fièvre cérébrale*, tomba dans une manie continue, et alla mourir dans un établissement spécial.

Grâce au progrès des saines doctrines, nous avons bien rarement aujourd'hui l'occasion d'observer des exemples où, comme ici, le mercure ait seul pu agir, la syphilis étant absente. Mais quand j'ai vu la perturbation mentale frapper parmi des sujets syphilitiques et mercurialisés, j'ai remarqué qu'elle choisit plutôt celui qui a pris beaucoup de mercure que celui qui a une syphilis grave. Je l'ai vu sévir, de préférence, chez les individus qui poursuivent le rêve de l'*extinction radicale de la diathèse*, et croient le réaliser par des doses soit considérables, soit prolongées outre mesure. Je l'ai constatée encore chez les gens, assez peu malades, qui, n'ayant que des lésions réfractaires à l'influence curative du traitement interne seul (des plaques muqueuses buccales, par exemple), exagèrent ce traitement, ignorant son impuissance pour ce cas, et s'obstinent à vouloir obtenir de la saturation mercurielle la guérison qu'une ou deux applications d'un caustique quelconque leur donneraient en douze ou quinze jours.

J'ai pu observer, dans ma pratique spéciale, toutes les variétés, tous les degrés de l'aliénation mentale. Les uns bizarres, étourdis, vaniteux, insouciants, ayant perdu le goût du travail et l'aptitude à s'y livrer, appartiennent tout uniment à la grande classe des *toqués ;* ils dissipent follement leur fortune, étonnent leurs amis, inquiètent leur famille. « Il a mal tourné, » répète-t-on ; et tout est dit, sans que nul autre que le médecin ait connu la vraie cause.

D'autres présentent un appareil pathologique plus sérieux, nosographiquement mieux classé, et c'est parmi ceux-là que je vais vous citer quelques-uns des exemples que je possède.

En 1854, je soignais un jeune homme blond, pour quelques impétigos tenaces du cuir chevelu. Sur sa demande expresse, et quoiqu'il n'eût pas d'autres symptômes, je le mercurialisai, et si fortement (outrepassa-t-il, à mon insu, les prescriptions?) que, à la suite de plusieurs stomatites, la couronne d'une de ses molaires devint friable et tomba. Ce jeune homme, dont le caractère était remarquablement froid et positif, devint hypochondriaque, eut des hallucinations, recherchant la solitude, fuyant ses amis. Il ne se préoccupait plus de sa syphilis, mais me disait sans cesse qu'il se sentait devenir fou. Il partit pour son pays, m'écrivit plusieurs lettres empreintes d'un trouble psychique croissant; puis, j'ai cessé d'avoir de ses nouvelles.

Un autre jeune homme, d'excellente et très-saine famille, prit du mercure pour une vérole dont il s'obstinait à ne pas se croire guéri, bien qu'il n'en eût plus aucun symptôme. On le vit d'abord offrir des inégalités d'humeur, puis des excentricités de plus en plus étranges, puis de véritables hallucinations. Une mouche ne se posait pas sur son nez, on ne lui remettait pas dans la rue un simple *prospectus d'habillements*, sans qu'il demandât tout haut pourquoi *ses ennemis* le persécutaient à ce point... Mort parfaitement fou.

Un négociant de Chambéry avait eu, soit dans sa ville natale, soit à Paris, plusieurs maladies vénériennes. Pressé de reprendre le cours de ses plaisirs, il s'en faisait guérir le plus vite possible; mais une fois l'accident local disparu, il se mercurialisait largement pour *détruire le virus*. — A l'âge de 32 ans, il offrit les signes les plus irrécusables de

la manie orgueilleuse, tomba finalement dans la démence, dont nous le vîmes atteint lorsqu'il dut être placé dans notre établissement-modèle de Lyon, chez le docteur Binet.

Tout le monde a connu la fin déplorable d'un membre du barreau, mort fou dans le même asile. Mais ce qu'on ignore, c'est que ce malheureux, voulant en vue d'un mariage prochain se guérir de plaques fissuraires récidivantes des bords de la langue, avait, on peut le dire, pris du mercure dans tous les cabinets et dans toutes les officines. Ricord, mon camarade le docteur Gromier et moi, nous avions été alternativement consultés par ce client intrépide, qui avait bien soin de cacher à chacun de nous l'ordonnance de son confrère, et qui semblait n'avoir qu'un but, se faire prescrire le plus de mercure possible.

De ces tristes histoires faut-il conclure que l'emploi du mercure engendre l'aliénation mentale?... Le crussé-je, c'est à peine si j'oserais le dire. Volontairement, j'ajourne donc jusqu'à plus ample informé toute conclusion précise. L'enquête est ouverte : à vous, Messieurs, de la poursuivre. Observez, sans parti pris, sans préjugés ni pour ni contre. Ne provoquez pas les faits surtout; sachez les attendre. Et je me trompe fort si votre expérience ne finit pas par vous enseigner, à l'égard du mercure, la devise qui me sert de règle de conduite : « Pas d'abstention systématique, mais circonspection prudente. »

Objection. Tout homme qui, sur des questions jugées, arbore le drapeau du libre examen, a à compter avec le camp des optimistes. Ici, leur langage se traduit, à mon égard, par une formule tout particulièrement désagréable. « Vous me croirez si vous voulez, — me disait l'autre jour le plus aimé, le plus éminent d'entre eux, — vous me croirez si vous voulez; mais je vous déclare que jamais, dans ma pratique, je n'ai

eu à observer le moindre accident qui fût imputable à l'action du mercure. »

A ceci, Messieurs, je n'ai qu'une réponse à faire : « Vous me croirez lors même que je ne le voudrais pas; mais je vous déclare que j'ai eu à observer, moi, et assez souvent, dans ma pratique, des accidents évidemment dus à l'action du mercure. » — Entre une dénégation que je dois croire sincère, sinon exacte, et un aveu auquel nul assurément ne soupçonnera de motifs intéressés, c'est à vous de prononcer, Messieurs. Mais rappelez-vous seulement que tout système, comme toute politique, a, jusqu'au jour de sa chute, à compter avec deux catégories distinctes : les satisfaits à tout prix, les opposants convaincus. Et, entre ceux qui s'obstinent à vous faire du mercure un type d'innocence et ceux qui, sans exagération ni réticences, vous signalent, à côté de ses qualités, ses défauts, dites où sont les *imprudents amis*, où est le *sage ennemi !*

En somme, — et je termine par cette maxime vulgaire dont l'expérience me démontre de plus en plus la profonde justesse, — le mercure est une lessive. Comme l'autre lessive, n'oubliez pas que celle-ci use le linge; et ne donnez le vôtre à blanchir que lorsqu'il en a réellement besoin.

Preuves de l'impuissance du mercure.

2° *Impuissance du traitement mercuriel.* — Ainsi, le mercure est dangereux : vous venez de voir comment et dans quelles limites. Je dis maintenant qu'il est impuissant : impuissant à prévenir l'éclosion des symptômes généraux; impuissant à en empêcher les récidives; impuissant à faire disparaître quelques-uns d'entre eux. C'est ce que je vais prouver.

Mais ici, Messieurs, la nécessité de la démonstration me met dans une position des plus délicates, et pour laquelle j'ai à réclamer toute l'indulgence de mes auditeurs ainsi

que de mes confrères. Quand, tout à l'heure, je voulais prouver qu'on guérit sans mercure, c'est à ma pratique seule que j'ai dû emprunter des exemples. Et à présent que je veux établir l'impuissance du mercure, ce n'est que dans la pratique d'autrui que je vais puiser mes arguments. Mais, je le répète, c'est pour ma thèse une nécessité impérieuse. Tiendrait-on pour valable, consentirait-on à imputer comme grief au mercure un échec qu'il aurait eu, administré par moi, par moi son adversaire? Non, sans doute; ce n'est que lorsqu'il a failli entre les mains de ceux qui ont eu foi lui, que cet insuccès montre son impuissance. Que mes chers confrères me pardonnent donc de les mettre en scène à leur désavantage, d'exciper publiquement de leurs revers. Chacun d'eux,— si c'est là un baume suffisant pour sa blessure, — chacun d'eux va voir qu'il est en bonne et nombreuse compagnie.

A. Impuissance comme préventif des accidents généraux.

Le mercure, administré aussitôt qu'on peut soupçonner l'existence de la syphilis, c'est-à-dire alors que le chancre seul existe, empêche-t-il l'éclosion ultérieure des accidents généraux (de ce que autrefois on appelait improprement la *syphilis constitutionnelle?*)

C'est par des faits, uniquement par des faits, qu'il faut répondre à cette première question.

Un officier atteint, au mois d'août 1854, de chancre induré, va consulter M. le docteur Rodet, mon successeur à l'Antiquaille, qui lui fait prendre 200 pilules de bichlorure de mercure, dans l'espace de trois mois et demi. — En décembre de la même année, je le vois avec des plaques muqueuses amygdaliennes ulcérées, plaques muqueuses du scrotum, alopécie, croûtes du cuir chevelu.

Le 15 mars 1856, M. le docteur Binet (alors interne de nos hôpitaux), me présenta un jeune homme qui, depuis le

début de son chancre, le 25 janvier, avait pris, sous la direction de M. le docteur Girard, de Marseille, 2 pilules de Ricord, par jour. Il en prit 86. — Mais le 6 mars, pendant qu'il continuait ce traitement, il se déclara une roséole, de l'alopécie, et des plaques muqueuses à divers siéges, symptômes dont je constatai la présence.

Un client de notre habile et scrupuleux collègue, M. le docteur Chassagny, eut un chancre. *Depuis le premier jour*, il suivit régulièrement un traitement mercuriel. — Au bout de six semaines, il m'offrit une éruption papuleuse générale, des plaques muqueuses labiales et amygdaliennes.

Un jeune homme eut un chancre induré le 5 mai 1855. Mon très-estimé confrère, M. le docteur Rollet, lui fit prendre, pendant six semaines, de la liqueur de Van Swieten, 4 puis 6 cuillerées par jour. — Le 24 juin (le 50e jour), il se plaignit de lassitudes musculaires, céphalée, et eut, peu de jours après, l'adénopathie sous-occipitale, des acnés capitis, des squames palmaires et plantaires.

Un négociant de Tarare a pris, pendant quatre mois, des pilules de Ricord, dont l'administration fut commencée huit jours après le début du chancre. — Néanmoins, lorsque je le vis, quatre mois et trois jours après le commencement de sa maladie, je reconnus la présence de plaques muqueuses larges et ulcérées aux amygdales, à la langue et à la face interne des joues.

Dès le début de son chancre, qui avait commencé le 22 août 1858, un homme prit, de suite, 2 pilules de Ricord pendant deux mois. — A ce terme, et tout en continuant son traitement, il eut une syphilide pustulo-crustacée générale, impétigos capitis, un ulcère profond du pharynx, plus tard des ecthymas des membres, rebelles et récidivants.

Un *amateur*, de Grenoble, s'aperçut d'un chancre au

mois d'août 1858. *Trois jours* après cette découverte, il consulta M. le docteur Chauriont, sous l'habile direction de qui il suivit un traitement de 85 jours, par les pilules de Dupuytren. — Le 15 mars 1859, il se déclara une roséole, des plaques muqueuses ulcérées des amygdales, de l'anus, des lèvres, et l'éruption acnéiforme du cuir chevelu.

Un officier eut un chancre, vers les derniers jours de décembre 1862. Dès qu'il s'en aperçut, il s'adressa à M. le professeur Boyer, de Montpellier, qui lui administra 200 pilules de proto-iodure de mercure, à raison de 2 par jour. A ce terme, il demanda à son docteur si la guérison était assurée. « Vous êtes à l'abri (lui aurait, dit-il, répondu M. Boyer); 150 pilules auraient peut-être suffi. Mais avec 200, vous n'avez rien à craindre ; c'est le *maximum.* » — Je l'ai vu le 21 avril 1863; il venait me consulter pour trois larges plaques cuivrées du front, et pour des tubercules muqueux de l'anus et des amygdales.

Un monsieur, âgé de 23 ans, extrêmement soigneux, commença, huit jours après avoir constaté la présence d'un chancre, à prendre des pilules de Ricord (2 par jour). Ce traitement, commencé le 30 septembre 1857, fut continué jusqu'au 6 mars 1858, par conséquent cinq mois et six jours! Ricord lui fit alors suspendre le mercure et prescrivit de l'iodure de potassium, deux mois. — Je vis le malade à ce moment, et trouvai deux tubercules muqueux amygdaliens ulcérés, de larges et nombreuses squames palmaires. Le docteur Palasciano, de Naples, constata, comme moi, la nature de ces symptômes auxquels, en dépit de nos efforts curatifs et malgré l'adjonction des eaux d'Aix, succédèrent plus tard une aphonie spécifique, de larges ecthymas et des onyxis. — Le malade a cependant fini par guérir.

M. X... me consulta le 24 octobre 1858. Deux mois avant,

il avait eu un chancre pour lequel il prit, aussitôt après s'en être aperçu, 2, puis 3 pilules de Ricord pendant deux mois. — Lorsque je le vis, il avait une syphilide pustulo-crustacée générale, des impétigos capitis, un ulcère profond du pharynx. — Je lui fis prendre 2 cuillerées à bouche, par jour, de liqueur de Van Swieten. Plus tard, cependant, il lui vint encore des ecthymas des membres, qui persistèrent très-longtemps.

Un monsieur de 36 ans eut, le 14 février 1855, un chancre. *Dès le premier jour*, il consulta M. le docteur Chauffard, d'Avignon, qui lui fit prendre 160 pilules mercurielles en un mois. M. le docteur Chauffard fils lui prescrivit ensuite, pour le second mois, 3 et 4 pilules de Dupuytren par jour. Au bout des deux mois, une syphilide générale apparut. On lui fit prendre alors 250 pilules de Ricord, au proto-iodure. — Après plusieurs récidives, toujours renaissantes et toujours mercuriellement combattues durant deux ans, je le vis, triste, affaibli, pâle, découragé, et avec un ulcère profond à l'aile du nez, une périostose au tibia droit ainsi qu'aux deux derniers métacarpiens de la main gauche.

Je pourrais multiplier ces exemples, les multiplier presque à l'infini (1), faire intervenir, faire ainsi témoigner de l'inefficacité du mercure les noms les plus recommandables de notre profession. Mais ce qui précède suffit, je pense, pour donner une idée de l'inanité du secours sur lequel tant de médecins et tant de malades se fient lorsqu'ils donnent et prennent du mercure afin de *prévenir* le développement des accidents secondaires.

Dira-t-on que, dans les observations ci-dessus, le mer-

(1) Ils sont extraits d'un nombre total de cinquante-sept observations détaillées que, parmi les seuls malades de ma clientèle particulière, j'avais pu recueillir dans l'espace de quatre années.

cure n'avait peut-être pas produit ses effets physiologiques, seule garantie, pour quelques praticiens, de ses effets médicateurs?... Alors je citerais le cas rapporté par le docteur Gore, chirurgien de l'infirmerie de Limerick, « d'un artilleur qui fut atteint, en janvier 1858, d'un chancre pour la cure duquel il *saliva*. Pendant qu'il était à l'hôpital, et *sous l'influence du mercure*, une franche roséole se déclara et couvrit tout le corps. Il resta quarante-quatre jours à l'hôpital pour en être traité. — Le 26 avril, il y rentra pour une iritis syphilitique de l'œil droit. On le soumit de nouveau à l'administration du mercure. — Le 22 mai, il revint avec une éruption papuleuse sur la face, le tronc et les bras. On le mit alors à une diète généreuse, associée à l'emploi de la salsepareille et du fer; et il sortit guéri le 22 juin (1). »

Dira-t-on que le traitement n'a pas été surveillé avec les soins, l'attention, la compétence qui sont nécessaires pour en assurer le succès? A cette objection, juste peut-être pour quelques-uns des cas qui précèdent, voici ma réponse :

Un jeune avocat, homme aussi sérieux qu'intelligent, contracta un chancre. Il alla immédiatement consulter Ricord, qui le mit à l'usage des pilules de proto-iodure, une d'abord, puis deux par jour. Le traitement fut suivi pendant trois mois. Les gencives s'enflammant un peu de temps en temps, Ricord suspendit momentanément, puis

(1) *The Lancet*, 11 septembre 1858. — L'auteur fait suivre ce récit de quelques réflexions : « Dans ce cas, dit-il, il est tout à fait clair que l'action *existante* du mercure n'a pas détruit dans le système le poison qui développa la roséole secondaire, pas plus que le mercure donné la deuxième fois, contre l'iritis, n'a prévenu l'éruption papuleuse ultérieure. — De combien de cas, conclut M. Gore, celui-ci n'est-il pas le type? »

fit reprendre les pilules. — Les trois mois écoulés, naturellement, la question suivante fut posée au docteur : « Aurai-je des accidents secondaires? — Il est *très-probable*, répondit celui-ci, que vous n'en aurez pas. » (C'était là, assurément, tout ce que pouvait, tout ce que devait promettre un maître aussi expérimenté.) Le malade attendit; et, cinq mois et demi après, le 27 octobre 1854, il se présentait dans mon cabinet avec une céphalée, des lassitudes musculaires qu'il prenait pour une courbature accidentelle, et une belle roséole générale.

Saisissez-vous bien la signification de ce fait, Messieurs? Moi je dis qu'un cas semblable tranche, à lui seul, la question. Eh quoi! voici un médicament auquel on accorde le pouvoir de prévenir les accidents secondaires. Voilà un malade qui le prend à temps, à doses suffisantes, sous l'œil vigilant d'un maître, disons mieux, du maître. Le remède prouve par des signes certains (la stomatite), qu'il a été bien préparé, qu'il est absorbé. Il a donc agi, il a fait tout ce qu'il pouvait faire... Eh bien! tout ce qu'il a pu, ç'a été de retarder de quelques mois l'invasion des accidents.

B. Impuissance comme préservatif des récidives.

Le mercure, administré durant l'existence de symptômes secondaires, empêche-t-il ces symptômes, ou d'autres plus ou moins graves, de réapparaître ultérieurement?

Seconde question tout aussi grave que la précédente, et à laquelle je ne veux non plus répondre que par des faits.

Le fils d'un pharmacien, atteint de syphilide pustuleuse, de squames palmaires et plantaires, prit, en trois mois, *sept* grammes de bichlorure de mercure, puis de l'iodure de potassium, deux mois. — Néanmoins, il eut, au bout de ce temps, une récidive de squames palmaires et plantaires et un éruption croûteuse du cuir chevelu.

Un monsieur des environs de Grenoble prit, pour une roséole, 270 pilules au proto-iodure de mercure, dans l'espace de quatre mois. A ce moment, mon très-estimé et très-aimé collègue, M. le docteur Melchior Robert, de Marseille, consulté par lui, jugea le traitement suffisant. — Depuis lors, il a eu une multitude de récidives à la bouche, au cuir chevelu, des contractures musculaires.... et un tremblement nerveux.

Un homme marié, extrêmement docile, eut un chancre. Un mois après, notre si habile et si soigneux collègue, M. le docteur Rodet, lui administra, pendant plus de quatre mois, des pilules au bichlorure; traitement qu'il modifia, augmenta, suspendit, selon ce qu'il jugea convenable, le malade se prêtant à tout ce qu'on exigeait de lui. Il prit ensuite de l'iodure de potassium, deux mois. Au bout de quatre ans, ayant déjà eu, depuis lors, plusieurs récidives, il me montra des plaques squameuses circulaires au scrotum, et une périostose de l'humérus, avec douleurs ostéocopes que l'iodure de potassium fit cesser.

Un lieutenant eut, en 1857, un chancre que, huit jours après, on commença à traiter par trois cent cinquante pilules mercurielles, puis par deux mois d'iodure. Il se marie en mars 1858. Sa femme a, en mai 1858, une fausse couche; puis (par la transmission venant de l'embryon, et sans avoir eu, elle, de lésion primitive) une roséole générale, et plus tard, à l'humérus, une exostose donnant lieu à des douleurs nocturnes, que l'iodure de potassium dissipa en très-peu de temps.

Un commis eut un chancre en mars 1858. Entré à la maison de santé du faubourg Saint-Denis, il prit, sous l'habile direction de M. le docteur Demarquay, deux, puis trois pilules au proto-iodure, par jour; en outre, dix fumigations de cinnabre. Sorti, après avoir suivi ce traitement deux

mois, il le continua encore trois mois, à raison de trois pilules par jour. Au bout de trois autres mois, il lui vint une éruption générale de lichen et de psoriasis syphilitique, ainsi que des plaques muqueuses labiales.

A partir du quinzième jour de l'évolution de son chancre, un monsieur prit, en dix-huit mois, douze cents pilules de Ricord (un mois environ après le début du chancre, il avait eu une poussée complète). Ayant donc fait son traitement de dix-huit mois, il va consulter Ricord, qui lui délivre une prescription de pilules mercurielles, avec cette note en tête : « Chancre infectant, il y a dix-huit mois; *traitement insuffisant;* accidents secondaires. » Il exécute l'ordonnance de Ricord. Trois mois et demi après, je le vois porteur d'une double albuginite, avec une éruption pustulo-crustacée du front (revenue depuis peu) et tremblement des mains.

Or, Messieurs, que Ricord ait déclaré le *traitement insuffisant*, je le comprends, puisque, ce jour-là même, il constatait le retour d'accidents secondaires. Mais Ricord, mais aucun de vous, Messieurs, eût-il, sans examiner le malade, formulé, *à priori*, après dix-huit mois de traitement, une pareille déclaration d'insuffisance?

Poursuivons :

Un clerc de notaire (qui ne fait pas double emploi avec celui précédemment cité), contracta un chancre en novembre 1855. Il prit deux, puis trois pilules mercurielles par jour, pendant huit mois, d'après les conseils de M. le docteur Langlebert, qu'il vit vingt fois durant ce laps de temps. Il a eu néanmoins, malgré ce traitement si long, si régulièrement suivi, deux récidives de larges plaques squameuses du cou, de plaques muqueuses et d'acnés *capitis*.

Un malade d'Annonay avait pris un chancre en novembre 1855. Il en connaissait les conséquences et désirait vive-

ment les prévenir. En conséquence, il se prêta avec la plus grande docilité à suivre le traitement mercuriel, que mon très-estimé et très-savant confrère, M. le docteur Dufour, lui prescrivit: Il continua ce traitement très-exactement pendant onze mois entiers. — En 1859, il lui vint des plaques muqueuses ulcérées au scrotum, *impetigo capitis*, *nodus* et ulcères aux mollets et aux pieds (1).

Deux observations déjà publiées ailleurs vont compléter cet ensemble de documents. M. le docteur Buzenet (*Thèse inaugurale sur le chancre buccal*, 1858) cite le cas d'un employé au théâtre qui, ayant été traité à la consultation de l'hôpital du Midi, par le proto-iodure, à partir du 2 août 1859, pour des plaques muqueuses du voile du palais, en présenta, le 1er décembre, de nouvelles situées aux lèvres, et dut revenir plusieurs fois pour des réapparitions de cette même lésion.

M. le docteur de Méric, l'un des plus éminents et des plus consciencieux syphiligraphes de Londres, vient (*Lettsonian lectures on syphilis* 1858, p. 62), déposer dans le même sens. « J'ai vu récemment, dit-il, un très-désagréable exemple de l'insuffisance du traitement chez un malade qui m'avait été adressé par M. Ricord. Il subit trois traitements mercuriels pour des récidives de symptômes secondaires; après le dernier, comme toute manifestation avait disparu, on lui permit de se marier. Quinze jours après la noce, il vint de nouveau me montrer des plaques de psoriasis syphilitique. Sa femme eut deux fausses couches, dont la première à quatre mois. »

Après tant et de si hautes autorités, dois-je citer mes

(1) Ces quelques exemples sont pris parmi quarante et une observations détaillées que, en quatre années, j'ai recueillies dans ma pratique particulière.

propres insuccès? Ils sont moins démonstratifs sans doute; car, ici, la force de la preuve est en raison directe du mérite de l'observateur. Vous leur accorderez néanmoins, je l'espère, une certaine valeur, Messieurs, si vous réfléchissez que je ne parle que de cas recueillis par moi il y a six ou sept ans, à une époque, par conséquent, où après douze ou quatorze ans de pratique mercurialisante, je ne pouvais pas être taxé d'inexpérience tout à fait absolue dans l'art d'administrer ce médicament.

Or, le 3 mai 1859, un client parfaitement docile vint me consulter pour une éruption squameuse, à squames petites, arrondies, bien caractérisées, qu'il avait depuis près de cinq semaines. Je lui donnai 10, puis 12 et 15 centigrammes de proto-iodure par jour. Le médicament, bien toléré par les voies digestives, provoqua quelques stomatites légères qui n'obligèrent cependant pas d'en suspendre l'emploi. L'éruption pâlit et s'effaça graduellement. — Malgré ces conditions favorables, je vis, vers le 15 juin, *en plein traitement*, apparaître et progresser de nouvelles plaques exactement semblables aux premières... Ainsi, après six semaines, revint la même lésion que le mercure avait paru modifier, ou qui s'était modifiée *pendant* qu'on en prenait!

Un brave et beau garçon, de mes amis intimes, gagna la vérole, en 1858. Je le traitai, dès le premier jour, par le proto-iodure, qu'il prit avec une régularité pareille à la confiance qu'il avait en moi. — Au bout de deux mois de traitement, il eut une éruption de plaques muqueuses confluentes et très-rebelles, dans la bouche et à l'anus.

Enfin, un jeune homme de 20 ans fit, en 1857, sous ma direction, sous ma surveillance particulière, un traitement par le proto-iodure, pour une syphilis qui avait déjà récidivé, et qui consistait alors en croûtes du cuir chevelu et plaques muqueuses. D'un commun accord, jaloux l'un et

l'autre de mettre un terme à ce mal, nous continuâmes le traitement quatre mois entiers. — Le lendemain même du jour où il le cessa, ce jeune homme vint me montrer une nouvelle récidive de plaques muqueuses!

Je borne là ces citations, Messieurs. Je puis m'arrêter. Qui cherché-je, en effet, à convaincre? Vous, Messieurs?... Vous l'êtes déjà, je le vois bien. — Les partisans du mercure?... La chose ne me semble pas beaucoup plus difficile. En effet, malgré leur ferveur apparente, ils ne s'abusent point sur les défauts de l'objet aimé. Écoutez plutôt leur langage : « Le mercure, dit Ricord, fait disparaître les manifestations actuelles; il ne neutralise pas la diathèse. » — — « Il est véritablement exceptionnel, écrit M. A. Fournier, que, même après le traitement le plus rigoureux, un chancre induré ne soit suivi d'aucune manifestation constitutionnelle. » — « Par guérison, professe M. Natalis Guillot, il faut entendre ici la guérison des accidents actuels, sans admettre que le germe du mal ait disparu à tout jamais; loin de là, il y a souvent des récidives. » — Invoquerai-je l'autorité de M. Bœck, qui dit : « Après le traitement mercuriel, les récidives ont été observées chez un tiers, ou même chez une moitié des malades? »

Pesez ces témoignages, Messieurs; jugez ce qu'il a fallu d'évidence pour les arracher à ceux qui continuent à recommander, à formuler le mercure comme spécifique indispensable; et concluez.

C. Impuissance comme curatif de certaines lésions syphilitiques.

Pour preuve de cette troisième assertion, je ne vous citerai que les plaques muqueuses, — lésion éminemment syphilitique, — et notamment les plaques muqueuses de la bouche. Traitez-les, et pendant des mois entiers; si ce n'est que par le mercure à l'intérieur, à quelque dose que

ce soit, ce sera inutilement. — Après l'épreuve, faites la contre-épreuve. Éloignez les causes locales irritantes qui favorisent la persistance ou le retour de ce symptôme. Cautérisez les plaques; cautérisez-les avec une substance liquide (l'acide nitrique, par exemple); cautérisez-les deux fois, et sans mettre plus de cinq ou six jours entre les deux attouchements... Par ce simple traitement, la guérison sera à l'instant obtenue, tout aussi solide qu'après l'emploi le plus prolongé des *spécifiques*. — Permettez-moi encore, sur ce point, quelques exemples. J'en dois citer, car je vois votre incrédulité; mais je n'en citerai que deux, car je vois aussi votre impatience.

Notre habile confrère, M. le docteur Buzenet, rapporte dans sa thèse l'histoire d'un appareilleur au gaz, qui, entré à l'hôpital du Midi, le 15 mars 1858, pour un chancre lingual, y fut traité par la liqueur de Van Swieten. Le 27 mars, il eut une roséole et des plaques muqueuses sur les amygdales. — Or, il est noté dans l'observation que, le 10 mai, il lui restait « des plaques muqueuses *aussi considérables qu'auparavant.* »

En 1854, j'eus à traiter un marinier, syphilitique. Cet homme désirait vivement se guérir; il ne reculait devant aucune dose, et obéissait passivement à mes prescriptions. Je lui donnai le proto-iodure *à la dose de* 20 *à* 25 *centigrammes* par jour. Il le supporta très-bien; les divers symptômes de syphilis disparurent. Seules, des plaques muqueuses de la bouche résistèrent, et résistèrent pendant quatre mois à cette dose si considérable de mercure. Je dus finir par les cautériser.

Cette résistance des plaques muqueuses est un fait si réel, que le praticien qui croit à la nécessité des traitements mercuriels prolongés peut l'utiliser avec avantage. Je m'en servais souvent moi-même jadis, dans mon service

à l'Antiquaille. Comme, à cette époque, il y a quinze ans, je croyais devoir, dans leur intérêt, forcer mes malades à demeurer à l'hospice pendant toute la durée du traitement mercuriel que je jugeais nécessaire, j'avais bien soin de ne soumettre leurs plaques muqueuses à aucune application topique. Le moyen n'échoua jamais. Voyant leur *mal de la bouche* persister, aucun ne demandait son *exeat;* et je les gardais à mon gré, autant de temps qu'il me plaisait de différer la cautérisation.

Je conclus, Messieurs : mais veuillez bien ne voir dans mes paroles que ce qui est dans ma pensée. J'ai déjà dit, et à plusieurs reprises, que, si l'on se borne à le considérer comme remède de *quelques-unes* des lésions de la syphilis, comme capable de les faire disparaître *actuellement*, le mercure, sous ce rapport, mérite son titre de spécifique. Tout le monde sait aussi qu'il *retarde* l'éclosion de chacune des poussées successives de la syphilis. Je ne veux pas non plus nier absolument qu'il ne puisse parfois *atténuer* jusqu'à un certain point la gravité de ces poussées. Mais j'affirme que, dans aucun cas, à quelque dose que ce remède soit administré, il ne donne de garantie certaine ni contre le retour, ni contre la progression croissante de la maladie.

3° *Possibilité de discerner à temps les syphilis susceptibles de guérir sans mercure.* — Nous n'avons pas à insister de nouveau sur cette possibilité, non plus que sur les moyens de l'acquérir. Ceci a été exposé, démontré, je l'espère, dans la deuxième leçon.

Innocuité de l'ajournement du mercure.

4° *Innocuité de l'ajournement du mercure, lorsque cet ajournement a été causé par une incertitude du diagnostic.* —

Une syphilis commençait. On l'a crue faible; et comme telle, on l'a dispensée du mercure. Mais, c'était une erreur : à mesure qu'elle marche, sa gravité se décèle. Des lésions nécessitant le mercure se manifestent.... N'y a-t-il pas eu, par ce retard, inconvénient, péril pour le malade?

Considérons d'abord, Messieurs, que ces cas deviendront de plus en plus rares. Plus on connaîtra, plus on saura appliquer, disons tout, plus se perfectionneront les éléments du diagnostic prévisionnel que je vous ai énumérés dans la dernière séance, et moins on sera exposé à méconnaître longtemps une vérole forte.

Du reste, en cas d'hésitation, faut-il temporiser? Disons mieux : en réalité, temporisera-t-on? J'y suis porté, moi qui ai l'expérience pour me rassurer sur le peu de danger de l'expectation. Mais, de longtemps encore ce n'est pas de ce côté que penchera, que péchera la majorité des praticiens, trop enclins, en vertu des préjugés et des usages actuels, à exagérer la circonspection, à mercurialiser, au lieu de s'abstenir, dans le doute.

Je suis rassuré, vous disais-je, sur l'issue des véroles abandonnées à elles-mêmes. Il me semble ne pas l'être sans raison, quand je jette un coup d'œil sur le tableau précédent. De quoi se compose-t-il, en effet? De deux séries de cas : la première où le mercure a été donné dès le début de la vérole, aussitôt qu'on s'est aperçu de l'existence du chancre; la deuxième où le mercure n'a été donné que plus tard, alors que la vérole était déjà en pleine manifestation secondaire. Or, reportez-vous à ces observations, Messieurs. Prenez la peine d'en analyser les détails, et vous reconnaîtrez que les accidents ultérieurs n'ont pas eu plus de gravité dans la seconde série que dans la première. Ce sont, des deux parts, les mêmes lésions qu'on observe, sous les mêmes

noms, avec la même force, la même durée. En deux mots, la syphilis ne s'est pas montrée plus intense dans les cas où le mercure n'a été administré que tardivement, que dans les cas où il a été administré dès l'origine de l'intoxication.

Six mois d'expérience de cette médecine m'avaient, d'ailleurs, suffisamment édifié sur l'innocuité de l'ajournement du mercure. Si cet agent était nécessaire pour atténuer la syphilis, si, comme on le croit, c'était à son influence que fût toujours due la bénignité des accidents qui surviennent après son emploi, évidemment, moi qui ne le donnais pas, je devais m'attendre à une syphilis tout autre que je ne l'avais observée jusqu'alors. Je devais voir éclater le mal avec toute la férocité d'un monstre déchaîné ! j'allais avoir sous les yeux une seconde édition des lamentables histoires du temps héroïque de la vérole !... Eh bien ! non. La maladie traitée sans mercure a été ce qu'elle était traitée par le mercure. Même évolution, mêmes récidives, même persistance de certains symptômes; mêmes différences, surtout, entre les divers cas sous le rapport de l'intensité des uns, de la bénignité des autres. Or, notez, Messieurs, que je connaissais la syphilis. Une expérience antérieure de douze années m'avait appris comment se comporte cette maladie, traitée selon les errements usuels. Et lorsque, l'observant ensuite abandonnée à son libre cours, je l'ai vue, sous le même climat, dans la même population, garder la même intensité, je suis bien en droit de conclure qu'on peut différer, — c'est tout ce que j'ai à prouver en ce moment, — qu'on peut différer l'emploi du mercure sans aggraver par là la condition des malades.

Avantages directs du traitement sans mercure.

Ce que j'appelle le traitement spontané (c'est-à-dire par l'expectation méthodique, les toniques et l'hygiène), est-il

préférable au traitement par les spécifiques? est-il plus sûr? est-il plus expéditif?

Plus expéditif, plus sûr, sont ordinairement, en fait de thérapeutique, deux termes inconciliables. Eh bien! je crois, au contraire, être ici parvenu à les rapprocher, et bien près du contact.

Le temps que je demande pour guérir ainsi un syphilitique est certainement très-long si on le compare à celui dont se contentaient les vieux hydrargyrophiles. « Un traitement de deux, au plus de trois mois, très-exactement suivi, disaient-ils; et la vérole est radicalement détruite, les récidives conjurées sans retour! »

Je ne vous tiendrai pas ce langage, Messieurs. Vous avez tout à l'heure entendu, sous forme d'observations, les dix-huit ou vingt puissants motifs qui me l'interdisent. Mon pouvoir médical est beaucoup plus restreint, je l'avoue; mais si vous voulez juger celui de mes adversaires, voyez, je vous prie, non pas ce qu'ils promettent, mais, en réalité, ce qu'ils donnent.

On s'est récrié, on m'a, de toutes parts, jeté la pierre, lorsque, en 1858, traçant le cours habituel du mal, et proposant de lui laisser, en certains cas, sa libre allure, je concluais : « Et le malade fait en paix ses douze ou quinze mois de vérole... » Regardons autour de nous, et voyons ce que les mercurialistes, — j'entends les plus autorisés, — réalisent sous ce rapport. Mais l'heure nous presse : je me borne, je puis me borner à un seul exemple.

M. le docteur Langlebert a raconté, et justement aussi en 1858 (*Moniteur des hôpitaux*, 14 décembre), l'histoire d'un de ses malades, affecté de chancre, puis de vérole. Le traitement fut commencé trois semaines *après le coït* infectant : — Vu la durée habituelle de l'incubation du *chancre*, il

eût été difficile, vous le comprenez, de pouvoir agir plus tôt.— En outre, il est bien spécifié par M. Langlebert que le malade « vint le consulter régulièrement jusqu'à sa guérison. » Voilà donc un traitement commencé à temps, formulé par un spécialiste des plus compétents, exactement suivi. Or, savez-vous quelle fut, néanmoins, la durée du mal...? L'auteur nous l'apprend : « *plus de dix-huit mois !* »

Ma méthode, vous disais-je encore, donne plus de sécurité au malade. A un point de vue des plus importants, au point de vue de la garantie de l'avenir, elle seule est capable d'en donner. Ricord a proscrit, à très-juste titre, le traitement mercuriel dans les cas de chancre dont la nature infectante reste douteuse. « Abstenez-vous alors, dit-il aux praticiens, laissez simplement agir la nature ; abandonnez la maladie à son développement spontané. Si la diathèse existe, au bout de quelques semaines elle se traduira par des manifestations non douteuses. Dès lors, la lumière sera faite ; lumière précieuse, car il n'est rien moins qu'indifférent pour un homme de savoir s'il a ou s'il n'a pas la vérole. »

Or, Messieurs, est-il donc plus indifférent pour un homme de savoir s'*il est*, ou s'*il n'est pas* guéri de la vérole ? Assurément, non. Ce problème n'est pas moins important que l'autre ; ajoutons qu'il se pose tout aussi fréquemment dans la pratique. Un client est en âge de *s'établir ;* un autre a déjà un engagement pris ; celui-ci, marié depuis quelques mois, vous demande s'il peut avoir une progéniture saine... Que leur répondrez-vous si, gorgés jusque-là de mercure, ils ont vingt raisons pour se dire ajournés, pas une pour se croire définitivement exempts ? Au contraire, laissez à la maladie son libre cours ; rien ne l'ayant entravée, rien ne la tenant en bride, si elle ne paraît pas, c'est qu'elle n'a plus à paraître. Si, à un moment donné, elle n'a, depuis huit ou dix mois, produit aucun désordre, c'est qu'elle est

réellement terminée. Et c'est dans ce cas, mais c'est dans ce cas seulement, que le médecin homme de bien, avec un poids de moins sur la conscience, que le syphiliphobe, avec le premier sourire qui détende ses traits contractés, peut enfin s'écrier : « J'en ai fini avec cette vérole! »

Mais il est temps, Messieurs, d'énoncer, d'avouer les objections anticipées qu'a déjà soulevées, à peine connue, ma manière de voir. Pour la force des raisons, comme pour le poids des autorités qu'elles invoquent, je puis les résumer toutes dans ce simple mot par lequel Ricord, il y a quinze jours, me marquait la différence qui, sous ce rapport, sépare sa pratique de la mienne : Objections.

« Si la vérole est forte, me dit-il, vous conseillez, comme moi, le mercure; et, sur ce point, nous sommes d'accord.

« Si, au contraire, elle est faible, la légère quantité de mercure qui suffit pour la guérir peut-elle avoir des inconvénients sérieux? »

D'accord, cher maître, lui réponds-je ici. Mais puisque, dès son début, vous traitez par le mercure la vérole que vous croyez faible, comment pouvez-vous savoir si elle est réellement faible, ne la voyant qu'influencée par le mercure? D'ailleurs, puisque les véroles faibles peuvent guérir sans mercure, à quoi bon en donner, même un atome? Enfin, une vérole, *qu'on a crue faible*, étant ainsi traitée, la juste frayeur d'une récidive ne demeure-t-elle pas toute la vie suspendue, comme la classique épée de Damoclès, sur la tête du malheureux, même le plus légèrement atteint?

Mais écoutez, dirai-je aux dissidents, écoutez un seul mot, et nous allons être d'accord. Que craignez-vous? dites-le. Que peut craindre un vérolé?... Quatre choses, n'est-il pas vrai : 1° Les lésions actuelles. — Eh bien! comme vous, je conseille de traiter par le mercure celles qu'on sait ne pouvoir guérir sans lui; 2° L'affaiblissement général mo-

mentané qui marque le début de l'intoxication. — Or, le mercure ne fait qu'aggraver cet état; et nous lui connaissons, dans un autre remède, dans les iodurés, un véritable antidote; 3° La possibilité des récidives. — Or, vous avouez vous-même que le mercure ne fait que les éloigner; 4° La naissance d'enfants infectés. — Et ici, comme vous, je suis d'avis que le mercure reprend tous ses droits; que, grâce à son pouvoir dilatoire, les parents, tant qu'ils sont sous son influence, sont plus assurés de procréer des enfants sains.

En somme, je donne, moi aussi, le mercure. Seulement, je le donne moins souvent et moins longtemps que dans la pratique usuelle.

Règles pour l'emploi des spécifiques.

Après la critique, la didactique, Messieurs; car je me reprocherais de vous laisser, quelque justes qu'elles soient, sous l'exclusive impression de ces idées subversives. Je vais donc vous dire ce qu'il y a à faire, ce que je fais contre la syphilis, en un mot, quelles sont mes règles de conduite; ne me bornant pas à les justifier en principe, mais les appliquant à chaque conjoncture, c'est-à-dire à chacune des périodes de la syphilis pendant lesquelles vous pourrez être, pour la première fois, appelé auprès d'un malade.

Chancre. — Avant de porter un pronostic, avant d'écrire une ordonnance surtout, prenez le temps nécessaire pour étudier la lésion. Il existe, à la vérité, des cas tranchés, des indurations hâtives qui, même dès les premiers jours du chancre, ne laissent aucun doute sur sa signification. Mais, le plus souvent, il n'en est pas ainsi. Consulté au début d'une ulcération, ne vous pressez ni de conclure, ni de formuler. Il n'est pas de jour où nous ne voyions, nous spécialistes, quelques clients, porteurs de chancres indurés types, nous aborder avec cette phrase stéréotypée : « Dès que j'ai vu ce

mal, je suis allé trouver mon médecin; il m'a dit que ce ne serait rien! » Or, si l'on peut, à ce moment, se tromper sur la nature du mal, comment ne se tromperait-on pas sur son degré? Si le praticien est exposé à prendre pour chancrelle un chancre naissant, peut-il répondre de discerner au premier jour et du premier coup, s'il s'agit, s'il s'agira d'un chancre ou d'une érosion chancriforme?

Mais la marche du mal a éclairé le diagnostic, ou bien il a pu être tranché dès le premier jour... Eh bien! contre le chancre induré, le chancre huntérien, donnez le mercure (de préférence le proto-iodure, une ou deux pilules de Ricord, chacune de 0,05, par jour). — Contre l'érosion chancriforme, pas de traitement interne. — Dans les cas douteux, expectation jusqu'à ce que les caractères se dessinent. — Telle est ma conduite; et, pour vous donner une idée de ce que j'entends par chancre huntérien, je dois déclarer que, en fait de lésion primitive, j'en vois beaucoup plus de celles qui m'engagent à omettre, que de celles qui m'engagent à ordonner le mercure.

D'ailleurs, certaines conditions extrinsèques sont de nature à influer sur ma décision. Le malade a-t-il plus de 40 ans? Est-il de constitution débilitée? Manifeste-t-il des symptômes accentués d'indocilité ou d'insouciance? Ai-je lieu de penser qu'il ne pourra ou ne voudra pas s'asservir aux règles de l'hygiène?... En pareil cas, je donnerai plus volontiers le mercure pour tel chancre qui, à ne considérer que ses caractères physiques, m'aurait, avec des conditions contraires, paru pouvoir se passer du spécifique.

Quand j'ai jugé à propos de prescrire du mercure durant cette période de la maladie, je proportionne la force et la durée du traitement au degré de consistance qu'avait la dureté locale ainsi qu'à la résistance qu'elle a manifestée aux effets médicateurs du mercure.

Période prodromique. — A ce moment, ne continuez jamais le mercure sans nécessité, c'est-à-dire à moins que le chancre n'ait eu une dureté véritablement ligneuse. Et encore, même dans ce cas, le suspendrais-je très-volontiers durant dix ou douze jours, lorsqu'éclatent la céphalée, les lassitudes musculaires, la prostration morale, si ces accidents avaient une grande intensité. A plus forte raison faut-il s'abstenir de mercure si, jusque-là, on n'a pas cru devoir le donner. Il pourra devenir indiqué plus tard. Mais durant cette phase, il ferait certainement moins de bien que de mal.

Le remède, le vrai spécifique des accidents prodromiques est, je l'ai déjà dit, l'iodure de potassium ou de sodium, à la dose quotidienne moyenne de 1, puis de 2 grammes, pendant une quinzaine de jours. Les ferrugineux sont toujours nécessaires, le quinquina souvent utile, comme auxiliaire.

Première poussée. — Je trouve là de quoi compléter le diagnostic; mais, quant à ma conduite, elle dépend en grande partie de ce qui a été fait précédemment; car, de deux chose l'une :

Ou le malade, a déjà, pendant la durée du chancre ou auparavant, pris du mercure... Dans ce cas, qu'il ait été prescrit par d'autres ou par moi, je ne puis que le continuer. En effet, les accidents qui se déclarent alors, fussent-ils même légers, ne sauraient compter absolument comme indices d'une vérole faible, puisque, à la rigueur, leur bénignité actuelle peut n'être due qu'à l'influence du spécifique pris antérieurement.

On bien, au contraire, le malade n'avait-il point pris de mercure avant la première poussée?... Alors sans ombre et sans voile, je lis à livre ouvert dans son présent et son avenir. La réponse n'est pas moins précise que la question.

A roséole... expectation.... A syphilide vésiculeuse, squameuse, pustuleuse..., mercure.... A syphilide papuleuse.... expectation, mais surveillance.

La présence des plaques muqueuses, leur confluence, leur aspect variable, leur exulcération plus ou moins profonde, ajoutent peu à ces éléments de l'indication thérapeutique. Trop de causes locales influent sur la fréquence de cette lésion, sur ses caractères, pour qu'on soit autorisé à voir dans sa modalité diverse un indice du degré d'intensité de la vérole. — D'ailleurs, interrogez le mieux possible la plaque muqueuse; tenez rigoureusement compte des influences extrinsèques qui l'aggravent ou l'atténuent. Qu'en tirerez-vous?... Rien; rien qu'on ne lise aussi exactement, et plus aisément dans la physionomie de l'éruption cutanée concomitante. Car, l'efflorescence du tégument interne, la plaque muqueuse ne peut guère être, lors de la première poussée, que la reproduction de l'efflorescence du tégument externe, de la syphilide.

Deuxième poussée. — Ici l'intensité de la maladie, le sort du malade, se jugent en dernier ressort. Là aussi peut s'apprécier l'influence des traitements institués jusqu'alors, leur efficacité ou leur insuffisance. D'abord, on le sait, plus l'intervalle entre la première poussée et celle-ci a été court, plus le pronostic s'aggrave. Mais c'est surtout d'après la *nature* des lésions apparaissant à ce moment, qu'on peut se prononcer sur la curabilité spontanée du mal ou sur la nécessité de lui opposer dès lors et sans plus de retard le mercure.

Ainsi une deuxième poussée constituée par une éruption de même caractère ou de caractère plus bénin que la première, doit, en règle générale, faire ajourner le mercure ou même le contre-indiquer définitivement.

Le mercure est, au contraire, indiqué contre les érup-

tions que j'ai précédemment spécifiées, celles que j'appelle syphilides profondes. Il est également indiqué contre la dysphonie syphilitique (accident que, je l'ai ailleurs démontré, le proto-iodure amende en quatre jours, guérit en dix ou douze jours).

Il l'est, et à double titre, contre l'iritis syphilitique.

Il l'est contre l'albuginite, bien que, dans ce cas, l'on doive presque toujours laisser prendre aux iodurés une part dans l'honneur de la cure.

Il l'est contre l'onyxis, contre les squames palmaires et plantaires; lésions qui, d'ailleurs, en fait de traitement local, ne sont justiciables que des topiques mercuriels.

Il l'est enfin, et essentiellement, contre toutes les lésions de la syphilis infantile héréditaire.

Combien de temps faut-il continuer le traitement mercuriel? Question longuement débattue, litigieuse s'il en fut, et qui doit surtout l'être pour ceux qui attendent de ce traitement une cure radicale. Plus, en effet, ils voient revenir les récidives (qui sont dans la nature des choses) plus ils s'en prennent à l'insuffisance d'un traitement, qui, soit moitié moindre, soit doublé, n'eût fait ni pis ni mieux. Quant à moi, qui ne demande au mercure que de guérir, de bien guérir la lésion actuelle, j'en prolonge l'administration assez pour opérer cette guérison, c'est-à-dire, en général, autant de temps après la disparition de la lésion qu'il a fallu de temps pour obtenir cette disparition. C'était la pratique de Dupuytren : il est remarquable que, après trente ans, l'expérience m'ait ramené au précepte de mon premier maître.

N'espérant du mercure que la disparition des lésions actuellement existantes, vous pressentez, Messieurs, ce que je pense des traitements dits *de précaution*, que tant de

gens, par prudence, avant de se marier, viennent solliciter du médecin. « Le mercure ne peut guérir une lésion absente, leur réponds-je invariablement. Et si elle doit un jour venir, ne vaut-il pas mieux la laisser libre d'éclater à son heure et avec son intensité naturelle, afin que, voyant l'ennemi face à face, on puisse mieux proportionner à son pouvoir réel les forces qu'on doit lui opposer. »

De même, à moins de lésion grave, d'indication urgente, j'aime peu à commencer un traitement mercuriel vers la fin de l'hiver. « Dans un ou deux mois, vous allez savoir à quoi vous en tenir, dis-je alors aux malades. Si le virus est encore en état de provoquer une poussée de quelque intensité, le mois de mai ne se passera pas sans nous l'apprendre. Ajournons donc jusque-là, puisque rien ne presse, un nouveau déploiement de nos ressources thérapeutiques. »

Parfois, il y a eu récidive, récidive évidente; mais ce fait s'est opéré dans des conditions telles qu'il n'implique pas une persistance inquiétante de l'état actif du virus, et qu'il ne nécessite, par conséquent, pas le mercure. Ainsi, un refroidissement a reproduit des plaques muqueuses gutturales (récidive par cause accidentelle). Ainsi, un vésicatoire a fait apparaître à son pourtour une éruption papuleuse circonscrite (récidive par cause locale). Ainsi, un écart de régime a provoqué le retour d'une céphalée mal éteinte (récidive par cause qui peut s'éviter). Dans ces différents cas, le précepte est clair et la conduite toute tracée : neutralisez, éludez, conjurez les influences mauvaises qui ont agi; mais dispensez-vous d'opposer une médication générale à des causes éminemment passagères ou locales.

Hésitez-vous encore? les indications et contre-indications se balancent-elles à peu près également dans votre esprit? Je vous le dis bien bas, mais je dois tout vous dire, car, en

semblable matière, rien n'est à négliger de ce qui est permis. Du coin de l'œil, observez le malade pendant que vous répondez à ses questions. S'il penche vers la médication hydrargyrique, ne lui marchandez pas l'objet de ses préférences. En effet, que vous donniez du mercure ou non, il y aura presque certainement des récidives. Et quels reproches ne vous ferait pas le client, si vous lui aviez refusé le médicament auquel sa confiance assignait la valeur d'un antidote?... Dans ces termes, — c'est-à-dire lorsqu'il y a à peu près autant de raisons pour donner que pour ne pas donner le mercure, — laissez ainsi à l'intéressé une part de responsabilité dans la décision à prendre. C'était la tactique et le conseil de Wallace. — Mais cependant, je dois le dire, quoique lourd, le mercure, en pareil cas, fait rarement pencher la balance de son côté.

Vous jugez par là, Messieurs, des difficultés d'application de cette méthode, et vous appréciez aussi ses incertitudes. Ces incertitudes, je les confesse sans honte; en rougir serait rougir de la médecine même, car elles se représentent inévitablement partout, dès qu'on met en œuvre l'intelligence au lieu d'invoquer la routine, dès qu'on fait œuvre de médecin et non besogne de spécialiste. Certes, il est plus expéditif, je le sais, d'avoir pour tous les malades une seule et même formule; de faire, comme certain classique *couronné*, de *cent dix* pilules de Dupuytren l'alpha et l'oméga du traitement de n'importe quel syphilitique... Mais que gagne-t-on à cette précision arbitraire, sinon d'ajouter les mécomptes d'une thérapeutique illusoire aux déceptions de la fausse doctrine qui affirme l'égalité des véroles?

Quoique les règles que je vous ai tracées soient un guide suffisant, rien, vous le comprenez mieux maintenant, ne peut ici suppléer l'observation. Avec un peu d'habitude, on arrive à tenir compte des causes accessoires, à apprécier

les nuances séméiologiques, à acquérir ce qui constitue le tact; en d'autres termes, on devient praticien, on devine d'emblée, on flaire à distance, si vous me permettez l'expression, les véroles *à mercure* et les véroles *à extinction spontanée*. Mais, malgré toute son habileté et quelque excellente opinion qu'il ait de lui-même, le meilleur praticien, en cette matière, sera toujours, je dois vous le dire, celui qui ne s'autorisera de sa longue expérience que pour accepter de bonne grâce les démentis que l'évolution du mal donnera plus d'une fois au pronostic qu'il croyait le mieux fondé.

Mais tout n'est pas spécifiques ni médicaments, dans la syphilithérapie telle que je la comprends, telle que je l'applique. L'hygiène, soit seule, soit à titre d'adjuvant, y a, comme dans toutes les intoxications, un rôle capital à remplir. Quel est ce rôle? dans quel sens a-t-il à agir? Règles pour l'application de l'hygiène.

En principe, tout devra être concerté pour obtenir le but que se propose la médication dite *reconstituante*. Toniques, réparateurs, réconfortants, analeptiques, appelez-les du nom qu'il vous plaira, mais multipliez, associez tous les agents propres à combattre cette débilitation dont l'observation clinique et l'analyse chimique démontrent l'existence chez tous les syphilitiques. Il faut ramener, il faut maintenir les forces de l'organisme au niveau nécessaire pour réaliser l'élimination du virus; il faut rendre ou donner à la constitution assez de force pour empêcher toute fermentation pathogénique de s'opérer dans son sein : voilà l'indication essentielle.

Son importance, ne fût-elle prouvée que par l'échec de la pratique contraire, serait encore suffisamment évidente. Qui a empêché la réforme que j'enseigne de s'établir plus

tôt? Qui l'a rendue impopulaire, inacceptable tant que Broussais en tenait le drapeau?... Tout simplement l'antiphysiologique préférence de ce célèbre utopiste pour les agents débilitants dont l'exclusif emploi constituait le fond de sa médecine soi-disant physiologique. Voici un remarquable exemple du danger de ces aberrations.

Un général, tombé malade à Lyon, me demanda mes conseils. Il avait tout ce qu'il y a de plus simple au monde, un chancre induré et l'adénopathie de même nature. Cet état existait depuis trois semaines; et rien, hors l'âge du client, n'eût semblé, *à priori*, devoir suggérer un pronostic grave. Mais un médecin militaire, appelé dès le début du mal, avait mis le malade au lit, à la diète, en même temps qu'au mercure, et lui avait fait aux aines deux applications l'une de 15, l'autre de 12 sangsues, afin, disait-il, de *prévenir la suppuration du bubon*. Or, le bubon, comme bien vous pensez, en sa qualité de bubon induré, n'avait garde de manifester la moindre velléité d'inflammation. Mais notre confrère, s'autorisant de ce *succès*, tenait plus que jamais à son régime, et parlait d'une troisième application de sangsues... Exténué, pâle, défait, en proie à l'irascibilité des anémiques, le général m'avait appelé, je puis dire, plutôt au secours qu'en consultation. C'était peu le cas de faire de la conciliation entre les doctrines : j'y parvins, cependant, en émettant l'avis que l'effet des antiphlogistiques était désormais suffisant; en versant d'une main le fer, le quinquina et l'iodure, de l'autre le vin et le bouillon, en disant enfin au pauvre Lazare : *Surge et ambula!* — L'effet de cette substitution fut aussi satisfaisant qu'immédiat : mais la vérole consécutive eut une ténacité exceptionnelle; et il fallut quatre ans de soins, donnés alternativement par Ricord et par moi, pour mettre le blessé à peu près à flot.

Les anciens avaient, cependant, laissé sur ce point des

préceptes et des exemples également admirables. « Plura nocumenta quàm juvamenta secuta sunt phlebotomiam, » écrivait déjà Benedictus, sans doute pour les chirurgiens-majors de son temps. Lisez aussi, afin de voir comment nos pères entendaient l'hygiène, la belle et pratique consultation de Montanus *pro nobili viro; pro honestissima uxore.*

Massa connaissait bien l'action débilitante des mercuriaux, et le danger de cette action. Aussi conseillait-il de laisser reposer les malades après huit ou dix frictions. Il les nourrissait bien, les remettait en point, puis recommençait la cure mercurielle. Il cite d'abord un jeune homme de vingt ans, affecté d'ulcères à la gorge et au palais, qui ne put guérir que grâce à ces prudentes alternatives. Mais l'histoire suivante contient, sous ce rapport, un enseignement si précis que vous ne serez pas fâché de l'entendre tout au long.

Massa eut à soigner, dit-il, un homme riche qui, couvert d'ulcéres et de caries, après plusieurs traitement inutiles (subis à Lyon), vint à Venise. Massa lui conseilla d'abord d'attendre le printemps. Alors, en février, puis en août, il fit successivement exécuter deux traitements par le bois indien, mais le tout infructueusement. Le domestique de ce client vint alors, à son insu, chez Massa, et lui révéla la vraie cause de l'insuccès. Le malade avait cru bien faire de s'abstenir de viande et de vin, malgré les prescriptions de son médecin, et d'après *la lecture de certains Traités.* Massa lui reprocha sa désobéissance, obtint qu'il suivrait un régime plus réparateur, et le guérit en deux mois, par le même remède qui, sous l'influence d'un régime débilitant, avait échoué. Aussi termine-t-il sa relation par ce précepte formel : « Æger tamen cum bonis cibariis semper nutriatur. »

L'importance des autres conditions de l'hygiène n'était pas moins connue de nos devanciers. Sans vouloir imposer à votre complaisance les produits d'une érudition aussi fastidieuse qu'elle est aisée à acquérir, je veux seulement vous montrer qu'ils appréciaient à sa valeur l'influence du moral sur le cours de la vérole. Torella avait un malade depuis plusieurs nuits privé de sommeil. Le digne évêque-docteur s'assit à côté de son lit, l'encouragea, le réconforta par de bonnes paroles : « Et Deus sit mihi testis, ajoute-t-il, quod ipse retulit mihi quod, nocte illâ, dormivit ex solâ imaginatione firmâ et ex spe salutis. » — Quant aux effets de la gymnastique, Brassavole nous en donne la preuve dans l'histoire de cet homme qui se guérit de douleurs nocturnes en allant souvent tirer la corde de la grosse cloche de l'église de Ferrare; d'où sans doute le dicton: *Dormir comme un sonneur de cloches!*

Les agents reconstituants méritent le premier rang, ai-je dit. Cela est si vrai, Messieurs, que lorsqu'un malade a naturellement dans sa constitution les conditions que les agents de cet ordre ont pour but de créer, on voit alors la vérole être, sur lui, bénigne. Un industriel de Lyon, homme de 37 ans, fort vigoureux, sanguin, paradoxalement insouciant, bien mangeant, mieux dormant, vivant au grand air, doué d'une santé jusqu'alors à l'abri de toute atteinte, prend la vérole. Il ne songe qu'au bout de deux mois à consulter. Sa maladie était d'intensité moyenne. Elle guérit dans l'espace de temps ordinaire et guérit parfaitement, sans qu'il eût jamais pu s'astreindre à exécuter, à peu près exactement, le traitement mercuriel que j'avais jugé indiqué.

Mais cet homme était marié. Malgré mes avertissements, il transmit la vérole à sa femme. Celle-ci, maladive déjà, âgée de près de quarante ans, souffrante des suites de plu-

sieurs grossesses, retenue au logis par les soins du ménage et par des varices sujettes à se rompre, conçut un chagrin profond soit de sa maladie, soit de l'inconduite, par là démontrée, de son mari. Sous ces influences dépressives, le mal alla en s'aggravant. Et quoique je lui eusse opposé, dès le principe, l'emploi méthodique et très-régulièrement suivi des spécifiques, elle eut une syphilide d'abord papuleuse, puis squameuse, et à une troisième récidive, pustulo-crustacée serpigineuse du dos et des membres. Elle n'en est pas même guérie aujourd'hui, au bout de sept ans.

L'hygiène des syphilitiques comprend sept *choses* (c'est le langage de cette science), en d'autres termes, sept prescriptions essentielles, qu'il nous faut passer en revue.

Alimentation. — Des mets substantiels, aussi réparateurs que digestibles, en forment la base. Proscrivez donc impitoyablement la banale formule *régime doux*, que tant de médecins donnent machinalement pour conclusion à leur ordonnance.

Mais le meilleur régime n'est pas celui qu'on impose à l'estomac : c'est celui dont ce viscère s'accommode. Occupez-vous donc moins de prescrire les *viandes saignantes*, *le vin de Bordeaux*, *les consommés*, que de réglementer l'alimentation praticable, habituelle. Dites, dites souvent au client qu'il *peut* boire du vin, qu'il doit se nourrir confortablement ; il n'est pas inutile de le lui répéter, car, je le sais par expérience, il est immanquablement imbu du préjugé contraire. Mais ne lui recommandez pas cependant, avec trop d'insistance, le régime animal ; car alors il en ferait un usage presque exclusif, le prendrait bientôt en dégoût et, forcé d'y renoncer, finirait ainsi par compromettre sa nutrition.

Loin de là, le syphilitique doit être laissé parfaitement

libre d'user de tout ce qui flatte son appétit. Le vin, le café ou le thé, parfois même un *petit verre*, sont plutôt utiles que nuisibles, s'ils font partie des habitudes et facilitent la digestion. Au lieu de fulminer d'oiseuses interdictions, je veille à ce que l'heure des repas soit réglée ; à ce que, malgré les avertissements de l'estomac, mon client ne demeure pas trop longtemps sans manger (abus plus commun qu'on ne le croit, dans le monde dit *des affaires*) ; à ce qu'il stimule à l'occasion son appétit par une cuisine un peu plus piquante, plus variée, ou par l'usage des eaux gazeuses. Dans d'autres cas, au contraire j'ai contribué au rétablissement de jeunes gens qui s'affaiblissaient de plus en plus, en les engageant à reprendre place à la table de famille, au lieu de tromper leur faim à raison de 1 fr. 25 la séance, dans les restaurants du quartier.

Air. — C'est le second aliment, celui dont on se passe le plus volontiers, peut-être parce qu'il coûte le moins. Pour des malades qui, comme les syphilitiques, vivent dans les mêmes conditions que les gens bien portants, il n'y a véritablement, sous ce rapport, qu'à rappeler les lois de l'hygiène générale. Souvenez-vous seulement que le bain d'air et de soleil n'est jamais un supplément inutile, devient parfois un secours indispensable à ces sujets chez qui l'action vitale languit. C'est ainsi que le séjour, ou seulement des courses quotidiennes, à la campagne sont l'un des moyens de guérison les plus puissants dont nous disposions pour les habitants étiolés de nos cités populeuses.

Sommeil. — Denrée non moins nécessaire, mais non moins dédaignée que la précédente. La jeunesse est l'âge de la vérole : c'est aussi l'âge où l'on emprunte volontiers, sans souci de la restitution, au capital précieux que représentent les nuits. Qu'ils s'y livrent entraînés par l'appât du plaisir, ou qu'ils l'excusent sous prétexte d'habitudes labo-

rieuses, ne tolérez jamais cet abus chez vos malades. Obtenez qu'ils se mettent au lit vers dix heures, afin de se lever plus matin. Un syphilitique n'a plus rien à faire qu'à aller se coucher, quand il a veillé assez tard pour que, la digestion de son dîner terminée, il ait pu prendre sa pilule ou sa dose d'iodure.

Calorique et hygrométrie. — Un appartement sec, exposé au midi, est une condition plus difficile à se procurer que les précédentes; mais elle n'est pas moins nécessaire. Que de malades désespérés ont dû leur guérison à un changement de résidence, à un séjour en Italie, ou dans les possessions d'Afrique, — iodure de *soleil!* — Notre Antiquaille, à Lyon, est admirablement disposée sous ce rapport. Aucune de ses salles n'a de croisée ouverte au nord; et ce berceau des premiers empereurs romains, qui ouvre aujourd'hui libéralement ses portes au plus humble *canut*, défie toute concurrence avec les chefs-d'œuvre de l'architecture nosocomiale moderne, sur sa verdoyante colline où il est comme plongé dans un océan d'air, de lumière, de chaleur et de vivifiantes émanations végétales.

J'ai eu, sous les yeux et en fort peu de temps, plusieurs preuves de la nocuité des conditions inverses. Un ingénieur, obligé de descendre, de séjourner de longues heures dans la mine; un glacier, occupé et fort occupé dans l'un de nos premiers restaurants; deux contre-maîtres, employés au percement du tunnel de Saint-Irénée, eurent presque simultanément la vérole, dont je les soignai. Et rien, je vous assure, n'a plus contribué à me démontrer le pouvoir aggravateur du froid humide, que l'intensité et la durée peu communes que la maladie m'offrit chez ces quatre sujets, jeunes d'ailleurs, et se trouvant, sous tous les autres rapports, dans les conditions les plus avantageuses d'une bonne hygiène.

Exercice. — On est convenu d'entendre, par ce mot, le déploiement plus ou moins actif, plus ou moins répété des forces musculaires. Ne souffrez point que vos malades gardent la chambre. A peine est-ce permis quand c'est nécessaire, quand des lésions, ou trop profondes, ou trop compromettantes par leur siége, imposent une séquestration temporaire. Hors de là, réagissez contre la prostration physique et morale, contemporaine de la période prodromique, qui porte le vérolé à l'inaction. Il faut, dût-il user au début de quelques ménagements, qu'il continue ses occupations ordinaires. Rien n'engendre, n'entretient plus certainement les préoccupations syphilimaniaques, que la renonciation d'un malade aux travaux de sa profession. Pour ce motif, je repousse inexorablement la proposition, d'ailleurs très-flatteuse, de ces clients qui m'abordent en disant : « Docteur, j'ai tout quitté pour venir me mettre entre vos mains. Je m'établis à Lyon ; je ne bouge pas d'auprès de vous que vous ne m'ayez guéri ! » Ce sont là, Messieurs, de mauvaises, d'éminemment mauvaises conditions pour la cure. Loin de leur famille, loin de leurs affaires, se considérant comme des parias, ces malheureux ne songent qu'à leur maladie, comptant les jours d'exil, s'ingéniant à vous arracher, sur les moindres points de détail, un pronostic favorable, auquel ils ne peuvent voir l'événement donner le plus léger démenti sans tomber dans la plus noire mélancolie. Ils prennent scrupuleusement leurs remèdes, et cependant leur mal s'aggrave et s'éternise; nouvelle source d'inquiétude : tandis qu'un congé en bonne forme, les rendant à leurs habitudes, met fin en quelques semaines à cette situation morale si peu faite pour favoriser le mouvement de recomposition, d'où dépend le succès de tout traitement, pharmaceutique ou autre. Que l'homme vérolé vive comme il vivait aupara-

vant. Il le peut, dites-le-lui. Il le doit : au nom de ses plus chers intérêts, vous ne sauriez trop le lui répéter.

C'est dans l'exercice méthodiquement réglementé, dans une sorte de demi-entraînement compatible avec une existence confortable, que notre thérapeutique puise ses moyens les plus actifs. L'équitation, l'escrime, la gymnastique, certains jeux, le plus possible pratiqués en plein air, opèrent quelquefois cette rénovation de l'organisme, ce réveil de la nutrition, si précieux pour l'œil du médecin, et qui, avec ou sans spécifiques, a décidé la cure de tant de véroles rebelles.

Tout en conseillant l'usage, je proscris l'excès. Modérez donc l'ardeur chloro-anémique de ces raisonneurs quadragénaires qui, par raison de santé, croient bien faire en s'imposant à l'époque des prodromes, une course quotidienne de tant de kilomètres, pour réagir contre l'affaiblissement dont ils se sentent atteints. — Non plus par calcul, mais par besoin, certains ouvriers veulent, malgré la prostration qui coïncide avec cette période, continuer leur travail fatigant. Obtenez qu'ils terminent leur journée quelques heures plus tôt, sous la promesse, facile à tenir grâce à l'iode et au fer, que ce sacrifice ne sera pas de longue durée.

Continence. — Tous les syphilitiques se ressemblent, sous ce rapport. A notre première interrogation sur son aptitude génésique actuelle, « Oh ! docteur, s'écrie le client presque offensé, ne m'en parlez pas, ne m'en parlez plus. La leçon est bonne ; elle suffira. Si jamais on m'y rattrape !... » Trois mois ne sont pas écoulés qu'il revient vous consulter... et vous constatez, non sans une certaine satisfaction, qu'il ne vous accorde pas sa confiance uniquement pour des récidives. Ne faites donc nul fond sur ce découragement passager. Dès qu'il accepte la conversation sur cet

article, dites à votre client la vérité sans hyperbole. A l'âge où l'on prend la vérole, il serait anti-hygiénique de s'astreindre à une continence insolite : j'ai déjà dit qu'il y a inconvénient à prendre alors de nouvelles habitudes. Mais il serait certes plus dangereux encore de s'épuiser en des plaisirs trop fréquents. Je ne demande pas au syphilitique de résister héroïquement, jusqu'à ce que spermatorrhée s'ensuive, à l'aiguillon de la chair. Mais qu'il attende seulement que cet aiguillon se fasse sentir. — Succombez, s'il le faut, s'il y a péril en la résistance; mais ne vous rendez qu'avec les honneurs de la guerre. Ne courez jamais au-devant de la tentation. — Je permets le pot-au-feu pour apaiser la grosse faim normale; mais point de ces condiments qui entretiennent un appétit factice.

De pareils écarts de régime sont de tous les plus capables de porter atteinte aux forces. Je me rappelle un jeune noble, demi-campagnard, demi-citadin, qui, toutes les semaines pour le moins, venait à Lyon faire un souper longuement et diversement arrosé. La vérole se trouvait fort mal de ce régime, et les récidives se succédaient comme les soupers. Malgré mes avertissements, il persista, et peu à peu le mal passa à l'état tertiaire.

Moral. — Nous avons à apprécier les influences de cet ordre sous un double rapport, selon qu'elles ont ou n'ont pas de rapport avec l'affection principale. Ainsi, un syphilitique a sans doute besoin, pour guérir, que les émotions, les soucis, le travail de tête trop assidu, les préoccupations absorbantes lui soient épargnés ou ménagés. Mais ce sont là des conditions propres à tout malade, à toute maladie, et qui n'ont ici ni exigences plus impérieuses ni moyens d'exécution différents.

Ne nous attachons donc qu'à ce qui a trait à l'objet spécial des craintes de nos clients. L'idée qu'on est atteint de

la syphilis a bien de quoi terrifier. Cet effroi où nous plonge la fatale nouvelle, je le comprends quoique sans l'avoir éprouvé. Mais vous allez, vous-même, Messieurs, m'en fournir à l'instant la preuve. « Voudriez-vous, pour 100,000 francs, prendre la vérole? » Voilà la question que, plus d'une fois, les hasards d'une causerie intime m'ont amené à adresser à quelques confrères; et si jamais je n'ai obtenu de réponse affirmative, je vois bien, au frémissement qui accueille ma proposition, qu'aucun de vous non plus n'a hâte de demander la parole pour conclure ce marché.

Certes, je ne suis pas ici l'avocat de la vérole; mais votre répulsion, — qui, d'ailleurs, m'est tout à fait commune, — part, permettez-moi de vous le dire, d'un préjugé tenant à notre excès d'instruction. Tous plus ou moins spécialistes, instinctivement nous sommes portés à généraliser ce dont nous avons été quelquefois témoins; nous supposons au virus le plus terrible des pouvoirs, celui d'être à même d'éclater, dans tous les cas, à toute heure, à toute échéance, contre toute prévision, malgré tout remède, en effets désastreux, en lésions osseuses, nerveuses ou viscérales!...

Appliquez plus rationnellement à vos malades les corollaires de la présente étude. Tenez-leur, dès le premier jour, un langage en harmonie avec les rassurants principes que j'ai défendus. « La vérole est forte ou faible, leur direz-vous : et son degré, pour nous reconnaissable de très-bonne heure, nous indique à la fois la somme du mal à en attendre, et la nature du traitement à lui opposer. Faible, elle s'épuise en quelques insignifiantes poussées; forte, elle commande l'emploi immédiat de spécifiques qui en font promptement et sûrement justice. »

Jusqu'à quel point ces paroles sont-elles l'expression de la vérité absolue, de la vérité sans exceptions possibles?...

Ce n'est pas dans un amphithéâtre où j'ai le plaisir et le regret d'apercevoir quelques anciens clients que je me permettrai de le dire. Mais la *partie saine* de mon auditoire comprendra bien ce que je ne puis que sous-entendre. D'ailleurs, s'il est utile, s'il est parfois nécessaire de mesurer la vérité goutte à goutte aux syphilitiques, si, pour sauver ces malheureux, le médecin ne doit jamais hésiter à sacrifier sa réputation d'infaillibilité, cette tâche n'est pas au-dessus de notre courage. Dans combien de maladies réellement incurables, ne sommes-nous pas tenus à une semblable abnégation? Et, sans sortir du sujet, comment les anciens médecins, ceux qui croyaient à la toute-puissance préservative et curative du mercure, s'arrangeaient-ils donc de manière à ce que, durant le long cours de sa vérole, leur client ne perdît un seul instant confiance, ni dans le docteur, ni dans le remède qui, tous deux, lui avaient promis de le guérir radicalement en trois mois?

Mais, en même temps que les choses à faire, je dois signaler les choses à éviter. Les principaux obstacles résultent, je l'ai souvent observé, non pas de la pénurie, non pas de l'impossibilité de satisfaire aux lois de l'hygiène, mais de cette étrange manie qui conduit ceux qui en connaissent le mieux le prix, à les braver ouvertement, par insouciance ou par bon ton! Ce n'est pas la misère des pauvres, qui est le grand écueil de nos traitements : c'est la *misère des riches*. Ai-je tort d'appeler ainsi cette existence de brutes, enviée par de plus brutes encore, qui se passe, la journée à l'écurie ou au chenil, la nuit, au milieu des fiévreuses émotions du jeu, dans une atmosphère échauffée, viciée, empestée par le gaz, l'encombrement et la fumée de tabac, retranchant ainsi à la fois le sommeil nocturne, l'air pur, le calme d'esprit et l'exercice musculaire? Telle est

cependant, Messieurs, la vie *aisée*, la vie dont il n'est donné qu'aux heureux du jour de livrer le spectacle à l'admiration, aux jalousies du vulgaire ! Quelles perturbations nerveuses, quelles maladies organiques développent ces caducifiantes habitudes? Ce n'est pas ici le lieu d'en essayer l'esquisse; je laisse ce soin à la science moderne, qui a dû chercher de nouveaux noms pour les produits de l'abâtardissement où s'abîme une génération aussi incapable de sens moral que de sens littéraire. Tout ce que je puis dire, ce que j'affirme, au nom d'une expérience de vingt ans, c'est que c'est dans cette fange, je veux dire dans ces cercles dorés, que la tertiaire lève ses meilleures recrues; la tertiaire, cette vérole, désormais devenue diathèse, et qui, comme telle, a pour règle de ne pas guérir (1). Que d'exemples n'en pourrais-je pas citer ici, de mémoire ! Ils se pressent sous ma langue : depuis l'insouciant artiste qui, avec son *palais*, y a perdu sa villa; depuis le ponte forcené, dont la docilité, aux meilleurs jours, consistait à se faire adresser, par le pharmacien, ses pilules *à son cercle;* depuis le jeune néophyte qui, par la stricte observance des gais refrains du Caveau, *s'est fait* à lui-même, s'est fait, de presque rien, une vérole monstre; jusqu'à ce trop séduisant notaire, que chaque dame de sa connaissance, celle de pique en tête, a de plus en plus engagé dans les sentiers *serpigineux* qui conduisent au tertiarisme... et à la faillite; jusqu'au joueur incorrigible qui, porteur d'une périostose humérale, me disait, ces jours-ci : « Je sens parfaitement, et seulement les nuits où je joue, les douleurs du bras se déclarer deux heures environ après que je me suis mis au baccarat. »

Il est une autre coutume qui, quoiqu'à un degré infé-

(1) Voyez Note 5.

rieur, agit dans le même sens et fait de non moins nombreuses victimes. Avec l'excès de population et l'excès de production qui caractérisent notre milieu social, il serait peu prudent, pour le manufacturier, de se fier exclusivement aux soins qu'il apporte dans sa fabrication. De là, *les voyageurs pour la commission*, leur multitude croissante, et la célérité obligée de locomotion qui les distingue. Il faut devancer le représentant de la maison rivale!... et l'on passe une, deux, cinq, vingt nuits par mois en vagon. — Il faut absolument *faire* une ville avant ce rival non moins alerte que vous!... et, à peine débarqué, l'on court, par neige, boues et pluie, stationner, — et chapeau bas, s'il vous plaît, — dans dix ou douze magasins froids et humides. — Il faut enfin, *hic labor*, il faut décider le client!... et ici commence l'assaut, au petit verre; car il est de règle, dans ce monde-là, qu'on n'emmanche ni ne conclut d'affaires ailleurs qu'au café. Point de consommation, point de commission; telle est la charte promulguée par messieurs les limonadiers, je pense, et contre laquelle aucune protestation, aucune gastrite n'a encore pu prévaloir.

Doutez-vous des conséquences de ce régime sur la marche de la syphilis, Messieurs? Écoutez encore un exemple : ce sera le dernier.

Un marchand de confections prend, en mars 1859, une syphilis de moyenne intensité. Il la donne en mai, à sa femme, chez qui elle commence par un chancre induré très-bien caractérisé de la grande lèvre gauche. La vérole de madame fut d'abord plus forte que celle de monsieur : céphalée violente, syphilide à macules lie de vin, *impétigos capitis*, plusieurs récidives. Tous deux furent traités par les spécifiques, mais tous deux suivirent leur traitement assez irrégulièrement. Un confrère leur donnait alors ses soins en même temps que moi.

Or, en novembre 1860, madame, bonne ménagère, gardant la maison, soignant ses enfants, était depuis longtemps guérie, sauf quelques plaques blanches presque insignifiantes du bord de la langue.

Monsieur, au contraire, quoique ayant été d'abord moins rudement atteint, ne peut parvenir à se débarrasser. Il a eu, en dernier lieu, le 20 août, puis le 30 septembre, enfin le 15 novembre, des récidives consistant en céphalée, plaques muqueuses gutturales, éruption générale érythémato-papuleuse.

Il explique d'ailleurs très-bien ces récidives et leurs époques d'apparition par la coïncidence des époques où il *voyage*. « En voyage, docteur, me dit-il, vous savez, on est obligé d'accepter de tous, puis de rendre (*omnibus dat et ab omnibus accipit*) sous peine de ne point prendre de commissions. Je me suis vu forcé quelquefois de boire, en une matinée, jusqu'à quatre verres d'absinthe, que je ne puis souffrir. » Au retour de ces tournées, surmené, abasourdi, la tête lourde, les yeux injectés, souffrant d'éblouissements, de tremblements, il est non-seulement empressé, mais réellement obligé de venir reprendre, dans la vie de ménage, des forces pour une nouvelle épreuve. Aussi soupire-t-il après le moment où il pourra, en quittant cette vie atroce, quitter aussi sa vérole.

Je ne finirai pas sans dire un mot du tabac, cette volatile poudrette, ce honteux antipode de toute politesse et de toute propreté. Que d'autres l'attaquent au nom de l'hygiène de la bouche, de l'intégrité de l'assimilation digestive, des intérêts du progrès intellectuel, etc., je ne lui fais, moi, qu'un reproche, mais il ne s'en lavera pas : *il entretient et propage la vérole.* — Il l'entretient; car le fumeur voit persister ses plaques muqueuses buccales tant qu'il fume, c'est-à-dire indéfiniment, malgré toutes nos remontrances et malgré

toutes ses promesses (1). — Il la propage; car les plaques muqueuses buccales étant la lésion syphilitique la plus indolente, et partant la plus aisée à méconnaître, c'est par elles que la maladie peut le mieux se transmettre à l'insu de celui qui la donne comme à l'insu de celui qui la prend. Que les fumeurs y songent, — ou plutôt qu'on y songe autour d'eux, car cette espèce n'est pas disciplinable, — tout

(1) PREMIÈRE VISITE (après avoir constaté des plaques muqueuses amygdalines).

Moi : Monsieur, il ne faut plus fumer de quelque temps.

Le client : Comment! ne plus fumer du tout?

Moi : Plus du tout! votre guérison est à ce prix.

Le client : Allons! c'est dur; mais puisqu'il le faut, on s'y conformera.

DEUXIÈME VISITE (au bout de quinze jours).

Moi : Et... vous avez fumé?

Le client : Oh! docteur, rien que deux petites cigarettes : l'une en me levant; l'autre, de rigueur, vous comprenez, après dîner.

Moi : A la bonne heure! mais, je vous le répète, avec ce système-là, vous ne guérirez pas, vous ne guérirez jamais.

Le client : Oh! alors, si vous le prenez sur ce ton, ma résolution est irrévocable, et vous verrez!

TROISIÈME VISITE (au bout de quinze autres jours).

Moi : Eh bien! avez-vous tenu parole? Ces cigarettes...?

Le client : Ma foi! docteur, j'ai fait ce que j'ai pu. Mais, vous savez, la soirée est longue, on fume autour de moi; l'exemple est contagieux, et...

Moi : Je comprends. Eh bien! cherchez ailleurs qui vous traite. Il m'est impossible de vous guérir malgré vous. Votre gosier restera éternellement malade tant que vous fumerez.

Le client (comme s'il l'entendait pour la première fois) : Du moment que vous me parlez ainsi, mon parti, cette fois, est bien arrêté. En rentrant à la maison, je casse mes pipes et je distribue mes londrès.

Et la quatrième visite?... Elle ressemble exactement à la troisième, ainsi qu'à toutes les suivantes! Et cette conversation se répète toute l'année chez moi, comme dans le cabinet de tous les spécialistes!

tuyau de pipe non-seulement est une sentine, mais peut devenir un fléau.

En énumérant l'un après l'autre les divers éléments modificateurs dont l'hygiène dispose, je n'ai pas voulu conseiller de renoncer au puissant moyen d'action qui résulte de leur emploi simultané. Certaines eaux minérales, les bains de mer, les établissements hydrothérapiques, les stations d'hiver offrent réunies les conditions les plus propres à opérer la reconstitution organique. Ne leur demandez pas davantage; mais utilisez le plus souvent possible les ressources que le perfectionnement industriel nous offre sous ce rapport. Un voyage fait à propos, un changement de résidence, d'habitude, d'alimentation, de société (mais toujours en tenant compte des goûts du malade), la guérison d'une autre maladie m'ont plus d'une fois procuré des guérisons que la pharmacie, avec la simple observance des conditions de l'hygiène commune, s'était vue impuissante à réaliser. Je puis vous citer trois exemples décisifs de cette heureuse influence :

La jeune domestique d'un agent d'affaires avait successivement reçu de son maître la vérole, puis son congé. Malheureusement, placée ensuite chez un petit débitant, dans un rez-de-chaussée humide, maigrement nourrie, plus elle dépérissait, plus sa syphilis s'aggravait. Enfin, elle avait cessé de me consulter lorsque, quinze mois après, je la revis grasse, fraîche et parfaitement guérie. Qu'avait-elle fait? Pas le moindre traitement, si ce n'est celui d'un *traiteur* chez qui elle s'était placée; bonne maison où, comme l'âne de la fable, elle eût pu dire :

..... J'attrapais, s'il m'en souvient bien,
Quelques morceaux de choux, qui ne me coûtaient rien.

Ce restaurant, en outre, était à la campagne, ce qui

avait doublé les chances de sa guérison, depuis lors restée solide.

J'avais également perdu de vue, après deux ans de soins infructueux, une délicate et blonde *petite femme*, qu'un de mes clients, repartant pour l'Allemagne, avait léguée à mes soins. Lymphatique, mal réglée, gastralgique, Ariane par-dessus le marché, elle était dans les conditions physiques, morales et pécuniaires les plus propres à expliquer la gravité de sa progressive vérole, qui alla jusqu'aux périostoses et à un ulcère perforant du voile palatin. — Je l'avais donc perdue de vue lorsque, il y a un an, elle m'est revenue, méconnaissable sous tous les rapports. Aussi lasse de pleurer que de boire de l'iodure, et ne trouvant pas, me dit-elle, que l'un servît plus que l'autre, elle avait bravement pris son parti... et un atelier de confections. Elle travaille; et dans le travail elle a trouvé le calme, l'aisance et la santé, sans remèdes.

Un jeune homme de 28 ans me consulta, le 16 janvier 1859, pour un chancre induré. Il me raconta, en même temps, que depuis deux ans, il avait par le rectum des pertes de sang qui l'avaient beaucoup affaibli, et lui donnaient des battements de cœur, des vertiges, une pâleur maladive. — Je lui fis prendre du perchlorure de fer à l'intérieur et en injections. Les hémorrhagies cessèrent; et, quoique la vérole ait suivi son cours, j'ai eu le plaisir de constater que, grâce à la rapide suppression du flux rectal, il n'est jamais retombé, même à l'époque de la chloro-anémie prodromique, à un état de prostration à beaucoup près aussi prononcé que celui où il était avant mon traitement.

Le mariage, avec la vie réglée qu'il comporte, avec les nouvelles et douces préoccupations qu'il crée, est un précieux agent thérapeutique. Plus d'une fois, j'ai fait plus que le permettre à de malheureux jeunes gens, chez qui de

légères, mais interminables récidives étaient dues indirectement à l'isolement, à la tristesse, au défaut de soins, inhérents à l'état de célibataire. Il est bien entendu qu'en donnant mon consentement, j'ajournais le moment où ils pourraient devenir pères, jusqu'à une époque que je me réservais de fixer ensuite d'après l'évolution morbide ultérieure. Il est bien entendu, encore, que je leur recommandais de suspendre tout rapport intime dans le cas où auraient reparu, soit aux parties génitales, soit à la bouche, des lésions dont ces malades-là ont trop l'habitude pour ne pas les reconnaître à l'instant.

Tout ceci ne doit pas se dire à la légère, sur le pas de la porte du cabinet, en reconduisant le client. Ne croyez pas votre devoir rempli quand, par acquit de conscience, vous avez écrit au bas de l'ordonnance : « Distractions, régime fortifiant. » Ce n'est pas ainsi, j'aime à le croire, Messieurs, que votre cœur comprendra le rôle qui vous est assigné. Du premier jour où un syphilitique vous a donné sa confiance, il faut la mériter. Commencez donc, et dès le début du chancre, à vous enquérir des conditions intrinsèques et extrinsèques où il se trouve. Prenez en main ses intérêts, agissez en père de famille. Informez-vous de ses habitudes, de sa profession, de l'exposition des croisées de la chambre où il couche, de la manière dont se composent ses repas, de la société qu'il fréquente, de l'emploi de ses soirées, etc. Presque toujours, presque partout, il y a là quelque chose à modifier.

Le mal progresse-t-il néanmoins, devenez plus explicite, plus impératif, indiquez les sacrifices qu'il est bon, ceux qu'il est obligatoire de s'imposer. Un repas à la fourchette de plus par jour, un voyage d'agrément, une saison de villégiature, une promenade quotidienne à cheval, sont quelquefois le coup de fouet nécessaire pour donner à la

nature languissante le ressort sans lequel rien ne se répare, rien ne s'élimine.

Insistez pour obtenir, en ce genre, ce qui vous paraît être indispensable. Parfois le client est persuadé; mais sa parcimonie prend le dessus. Faites-lui observer qu'en le dispensant *de fumer*, ainsi que d'acheter quinze bouteilles de *sirop dépuratif*, à 10 fr. l'une, vous économisez, à son profit, une assez jolie somme, dont il vous permettra bien de lui indiquer l'emploi le plus utile. — Dans quelques cas, au lieu de vagues exhortations, en présence d'un malade dépourvu d'initiative, vous aurez à lui suggérer vos idées, à combiner avec lui tout un plan de résistance contre l'action délétère du virus. — Enfin, est-il besoin de rappeler au médecin les cas où, la consultation terminée, sa main devra s'ouvrir, mais non pour recevoir? Qu'il ait agi par le bienfait, par le conseil, ou par l'influence de recommandations, toujours puissantes dans notre bouche, que jamais il ne se lasse. Il est bien payé de sa peine lorsque, sous ses yeux, grâce à lui, s'opère une de ces résurrections graduelles où la cure spéciale n'est qu'un effet du retour de la santé générale, et qui défient en solidité les plus brillants résultats de l'emploi des spécifiques.

Encore un mot, Messieurs; mais ce n'est plus le professeur qui vous parle. Lorsque je formai le projet de venir exposer ici, à Paris, une manière nouvelle d'envisager la syphilis, je sentais toute la témérité de cette entreprise. Je résistai cependant aux prudents ou timides conseils qui me prêchaient l'abstention. Trop de motifs me poussaient à marcher en avant. L'époque d'abord : c'était le moment de l'année où un cours sur la matière est toujours particulièrement bien venu; où, après les orages du carnaval, vous

aimez assez, je le sais par expérience, entendre parler de thérapeutique spéciale. — Je me disais aussi que je ne venais pas seul parmi vous; que j'y représentais l'École syphiligraphique lyonnaise, cette école si ardemment investigatrice, si consciencieusement indépendante; cette école de laquelle il m'est permis, même à moi, Messieurs, de dire tout le bien que j'en pense, en vous rappelant qu'elle a commencé par M. Baumès, et qu'elle se continue aujourd'hui par un homme tel que M. Rollet. — Enfin n'était-il pas le plus malheureusement opportun pour un tel enseignement, le jour où notre illustre maître, où Ricord, privé de son fauteuil, attend encore la chaire du haut de laquelle j'espère bien l'entendre prochainement développer ses brillantes doctrines, telles que l'expérience lui aura appris à les perfectionner?

Si j'avais hésité, cependant, Messieurs, vous ne m'auriez pas laissé un seul instant regretter d'avoir plus écouté mon zèle que mes forces. Votre bienveillance ingénieuse a cherché, a su découvrir tous les prétextes pour me faire un accueil dont vos plus dignes maîtres pourraient être jaloux. Est-ce le professeur inconnu, toutefois, est-ce seulement le syphiligraphe que vous applaudissiez si chaleureusement dès notre première entrevue? Non. D'obligeantes indiscrétions m'avaient ici devancé. L'on vous avait dit, sans doute, que ma main ne touche pas exclusivement le porte-nitrate; qu'elle tient aussi une plume, et que cette plume a toujours été vouée à la défense de vos intérêts, j'entends de ces intérêts que vos véritables amis peuvent ostensiblement épouser : l'extension libérale des moyens d'instruction, et le rétablissement du concours pour tous les degrés de la hiérarchie enseignante.

Mais ces rapports que votre sympathie vient d'établir entre nous, doivent-ils se rompre aussi aisément qu'ils se sont

formés?... L'émotion que j'éprouve en vous disant adieu, me défend de le croire. Laissez-moi partir sous de meilleurs auspices, Messieurs. Permettez-moi d'espérer que, de votre côté comme du mien, aucune occasion ne sera négligée pour resserrer des liens dont je m'étais fait une si prompte et si douce habitude. Et lorsque, dans vos veilles studieuses, lorsque, durant vos efforts pour le perfectionnement de notre belle science, mon nom se présentera à votre pensée, dites-vous, dites-vous bien que c'est le nom d'un homme que vous avez rendu heureux, d'un homme qui, grâce à vous, emporte avec lui un souvenir qui lui est plus précieux, plus cher que tous les rubans et tous les titres.



APPENDICE

NOTE I.

De l'irréinoculabilité chancreuse (1).

Avant d'étudier ce sujet, il faut distinguer l'irréinoculabilité du *chancre* d'avec l'irréinoculabilité *du chancreux*. En effet, on peut éprouver la réinoculabilité d'un chancreux de deux manières : soit en lui inoculant la sécrétion de son chancre, soit en lui inoculant celle du chancre d'un autre sujet. — Cette distinction doit surtout être prise en considération lorsqu'on cherche à déterminer l'époque où l'irréinoculabilité commence; car un individu pourrait être réfractaire à l'inoculation de son propre chancre *à l'état naissant*, sans pour cela être, au même moment, réfractaire à l'inoculation d'un chancre d'autrui, de date plus ancienne.

Du reste, l'irréinoculabilité chancreuse n'est qu'une partie de

(1) Voyez ci-dessus, p. 9.

la grande question des *réinfections syphilitiques*. Le cours de la syphilis, considérée à ce point de vue spécial, comprend quatre périodes successives : la première, depuis l'insertion (clinique ou artificielle) du virus, jusqu'au moment où la lésion primitive apparaît au point de contact; la deuxième depuis le commencement jusqu'à la fin de cette lésion primitive (laps de temps durant lequel elle est ordinairement le seul symptôme de syphilis, les symptômes généraux ne s'étant pas encore manifestés); la troisième depuis le commencement jusqu'à la fin de ces symptômes généraux; enfin la quatrième, après que ces symptômes ont cessé de se produire, alors qu'on peut supposer la syphilis guérie.

Une monographie complète des réinfections syphilitiques devrait embrasser l'étude de ce qui arrive lorsque, pendant chacune de ces périodes, un individu vient à subir l'insertion du virus syphilitique, ou pour simplifier, du chancre. — J'ai déjà analysé une partie de ces conditions, celles relatives aux deux dernières périodes, dans mon mémoire sur les *Réinfections syphilitiques* (*Archiv. génér. de médec.*, juillet et août 1862); je ne veux exposer ici que quelques documents sur ce qui a trait aux deux premières.

§ I.

Un individu sain vient d'être inoculé avec la sécrétion d'un chancre. Dans quinze jours environ, un chancre apparaîtra chez lui, au point inoculé. Eh bien! une nouvelle inoculation de chancre, pratiquée à un moment donné de cette incubation, réussirait-elle? produirait-elle une lésion syphilitique quelconque?

Cette expérimentation n'ayant jamais été faite, — et c'est un reproche que j'adresse aux inoculateurs de lésions secondaires, — la clinique, d'autre part, ne fournissant à la solution de ce problème que des données nécessairement vagues et controversables, nous ne pouvons l'éclairer que par l'induction analogique.

Or deux considérations permettent de présumer que, sinon pendant toute l'incubation, du moins à un moment de cette période, le futur chancreux est réinoculable.

D'abord, si l'on admet ce qui va être prouvé par des faits, que,

même une fois son chancre manifesté, le chancreux est encore quelquefois réinoculable, il faut bien, *à fortiori*, reconnaître qu'il y a beaucoup plus de chances de le trouver réinoculable, alors que son chancre n'a pas encore commencé.

En second lieu, les observations de Mongenot, de Jadelot, de Marin, de Sacco, de M. Bousquet, prouvent qu'un enfant qui n'est vacciné que depuis 4 jours peut encore recevoir l'imprégnation soit vaccinale, soit variolique; tandis qu'il sera, au contraire, réfractaire à cette imprégnation s'il n'y est exposé que 5 ou 6 jours après avoir été vacciné. Donc il y a, dans le cours du travail du virus sur l'organisme, un moment où l'immunité contre une nouvelle insertion de ce virus n'est pas encore réalisée. Or, ce moment où peut-il se trouver, sinon pendant la durée de l'incubation? et ne doit-il pas exister pour la syphilis comme pour la vaccine?

§ II.

Nous sommes plus à l'aise quant à la réinoculabilité de l'individu chez qui le chancre existe. De nombreuses expériences ont été faites. Mais peut-être y a-t-il ici, même aujourd'hui, encombrement plutôt que véritable richesse. En voyant émettre, à six ans de distance, dans une même école, deux énoncés contradictoires (1), comme conséquence d'inoculations faites par le même homme, dans le même hôpital, il est bien permis, sinon de récuser l'œuvre de la lancette, du moins d'examiner de près ses produits et de se tenir en garde contre ses écarts passés, présents et futurs.

L'irréinoculabilité chancreuse est un dogme d'origine récente, contemporain du dualisme chancreux (2). Jusqu'en 1852, on ne connaissait, sous le nom de chancre, qu'une seule individualité

(1) « Tous les chancres, à la période d'état, sont indéfiniment réinoculables. » — « Le chancre infectant, à la période d'état, n'est pas réinoculable. »

(2) Je trouve, néanmoins, dans Fernel, ce passage qui, à lui seul, résume toute l'histoire des réinfections syphilitiques : « Inquinatur autem duntaxat vel purus ab impuro, vel impurus ab eo qui longè sit impurior, à simili verò aut à minus impuro, nunquam. Æquè impuros citrà offensionem congredi licet, et uterque tamen puriorem alium congressu labefactat. »

morbide. La *chancrelle*, si aisément réinoculable, étant au *chancre* dans la proportion numérique de 3 à 1, on devait croire tous les chancres réinoculables, puisqu'on réussissait à réinoculer la très-grande majorité d'entre eux. Puis le chancre étant, comparativement à la chancrelle, peu excavé, peu sécrétant, on regardait comme étant *en réparation* les ulcères primitifs dont la réinoculation avait eu un résultat négatif; et, les exceptions ainsi expliquées, le dogme de la réinoculabilité constante et indéfinie du chancre se maintenait à l'état de loi universellement acceptée.

Lorsque, en 1852, M. Bassereau prouva que le chancre est non-seulement une espèce, mais une maladie distincte de la chancrelle, on en conclut qu'il devait avoir des caractères spéciaux, et l'on s'attacha à trouver ces caractères.

M. Clerc, en octobre 1855, ayant reconnu que le chancre est ordinairement *solitaire*, en d'autres termes qu'il n'existe à la fois, chez un individu, qu'un seul chancre, expliqua cette singularité en disant : « Le malade qui porte un chancre infectant est diathésé; il l'est, peut-être avant l'apparition de ce chancre, et de l'avis de tous, peu de jours après sa manifestation. Son chancre reste donc solitaire, précisément à cause de cet état diathésique précoce. » — « Si cette interprétation du chancre solitaire *infectant* est vraie, ajoute-t-il, il doit en résulter forcément cette conséquence : sur un malade qui porte un chancre infectant, si on tente une inoculation expérimentale avec son propre pus, cette inoculation doit très-souvent échouer. Eh bien! des faits déjà nombreux, recueillis par nous, nous autorisent à soutenir cette proposition. Lorsqu'un malade porte un chancre infectant depuis peu de jours, si on l'inocule à la lancette avec le pus de ce chancre, dans la très-grande majorité des cas l'inoculation est négative » — « Nous avons cependant, dit-il encore, obtenu des inoculations positives..... nous pensons à présent, que ces inoculations itératives seraient moins souvent négatives si elles étaient pratiquées plus près du début du chancre infectant. »

J'ai cité ces sages paroles, parce que, à mon sens, elles contiennent toute la théorie de l'irréinoculabilité chancreuse, telle, à peu près, que les faits expérimentaux et cliniques les plus récents me conduisent à l'admettre.

Mais, avec de telles réserves, un dogme ne fait pas son chemin. L'observateur consciencieux est bientôt distancé par quelque promulgateur moins circonspect. Les idées de M. Clerc étaient, un an après leur publication, si peu répandues en France que M. Rollet écrivait alors : « Le chancre local et le chancre infectant sont à la fois contagieux et inoculables à la lancette. Le moyen d'épreuve qui établit une si grande différence entre ces deux maladies et la blennorrhagie, ne saurait donc être invoqué pour les distinguer l'une de l'autre. Elles se comportent toutes les deux de la même manière à l'inoculation. » (*Gazette médicale de Lyon*, 31 octobre 1856.)

A cette même époque, en Angleterre, M. H. Lee émit le dogme de la non-inoculabilité du chancre (*British and Foreign medico-chirurgical Review*, octobre 1856) d'après des expériences et des observations faites à l'hôpital de Lock et au *King's college hospital.*

En août 1857, Ricord et M. Fournier établirent, sur un relevé de 251 expériences, la proposition suivante : « Le chancre infectant, à la période d'état, est d'une inoculation sinon impossible, au moins très-difficile à obtenir et très-rarement obtenue, au sujet qui le porte. »

Il faut le remarquer cependant; les prémisses semblaient dépasser cette conclusion, semblaient devoir la dicter plus explicite. Sur 151 réinoculations de chancre, MM. Ricord, Fournier et Poisson n'avaient obtenu que deux fois un résultat positif. Ne pouvaient-ils pas se croire autorisés à dire que, en règle générale, le chancre est *toujours* irréinoculable?

Ce pas fut franchi, en 1861, par M. Rollet qui a écrit : « Le chancre syphilitique, l'ulcère primitif *le plus récent* n'est jamais inoculable au malade qui le porte ; il n'est jamais, à aucune époque, réinoculable. » (*Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis*, p. 11.)

Ces mots « le plus récent » expriment le seul point qui puisse être en litige. En effet, tout le monde, aujourd'hui, professe, reconnaît que le *chancre*, à la période d'état, est constamment irréinoculable. C'est là plus qu'un fait d'expérimentation, c'est un caractère commun à toutes les maladies virulentes.

Or, voyons comment est justifiée cette assertion de M. Rollet, « que le chancre *le plus récent* est irréinoculable au malade qui

le porte. » Parmi les preuves expérimentales qu'il invoque, je ne connais que celles publiées par M. Laroyenne et par M. Basset. C'est donc à celles-ci que forcément notre examen est borné.

J'ouvre le travail de M. Laroyenne (*Annuaire de la syphilis*, 1859, p. 235), et j'y trouve, en effet, 19 observations d'inoculations infructueuses du chancre au malade. Mais évidemment ces expériences ont été instituées pour prouver une toute autre thèse que l'irréinoculabilité du chancre *récent;* car sur les 19 inoculés, 16 avaient déjà des accidents constitutionnels; et, quant aux trois qui n'avaient alors qu'un chancre, ce chancre datait chez eux, au moment de l'inoculation, de vingt-six jours, de deux et de huit mois!

M. Laroyenne donne encore, il est vrai, deux observations sommaires, plus directement afférentes au point en question. « Chez l'un des malades, porteurs de chancre, sur qui l'inoculation a échoué, dit-il, l'ulcération ne datait que de quatre à cinq jours. » — Mais quatre à cinq jours sont justement le terme auquel la vaccine a déjà opéré dans l'organisme le travail préservatif qui empêche dès lors le vacciné d'être revaccinable. N'est-il pas naturel qu'il en soit de même pour le chancre? n'était-il pas naturel surtout qu'il en fût de même pour le malade de M. Laroyenne, malade dont le chancre avait incubé onze jours? M. Laroyenne s'y était donc pris trop tard. L'insuccès de son unique réinoculation au cinquième jour ne l'autorise, ni lui ni son maître, à décréter l'irréinoculabilité des chancres *les plus récents*.

Est-il plus probant dans sa dernière observation? Non, puisque, au moment où il réinocula le chancre, celui-ci avait déjà donné lieu à un engorgement ganglionnaire, preuve matérielle qu'un travail infectant, c'est-à-dire préservatif contre une nouvelle inoculation, s'était déjà opéré dans l'organisme de l'individu. Voici, d'ailleurs, le texte même de cette observation. « Le 20 janvier 1858, déchirure du frein; elle revêt bientôt un caractère inquiétant, et les ganglions de l'aine, des deux côtés, augmentent de volume; le patient (un élève en médecine), pour dissiper ses doutes, n'hésite pas à demander à la lancette la confirmation de son diagnostic, qui n'était que trop certain. Le 27, c'est-à-dire sept jours après la déchirure, l'économie avait déjà subi l'imprégnation virulente et rendu l'inoculation infructueuse. »

Les observations de M. Basset (*Thèse inaugurale*, 23 novembre 1860) m'arrêteront moins longtemps; elles sont au nombre de dix, et ne prouvent pas davantage l'irréinoculabilité du chancre *le plus récent*. En effet, chez 7 de ces 10 malades, il y avait déjà des accidents constitutionnels le jour où on les inocula ; ce qui est loin de prouver que leur chancre fût récent. Et quant aux trois chez lesquels le chancre existait seul au moment de l'inoculation, ce chancre datait, chez l'un, de dix-sept jours ; chez l'autre, de deux mois; pour le dernier (obs. IX) le texte est entièrement muet sur cette date.

Ainsi, jusqu'à présent, au dogme de l'irréinoculabilité absolue il manque la démonstration expérimentale.

D'autre part, il existe, — ne fût-ce que les deux de M. Fournier et de Poisson, — il existe des faits de réinoculation positive.

Comment les partisans de l'irréinoculabilité du chancre naissant allaient-ils s'arranger de ce défaut de preuves pour eux et de ce commencement de preuves contre eux?

Ils s'en sont tirés par un coup de maître. Comme M. Fournier et Poisson avaient négligé de décrire la lésion née de leurs inoculations réussies (s'étant bornés à écrire : « résultat positif; » ou « pustule spécifique »); comme, d'autre part, sur ces entrefaites, M. Rollet avait victorieusement établi que le chancre et la chancrelle peuvent, soit artificiellement, soit spontanément, coexister dans un seul et même ulcère, on ne résista pas à la tentation de convertir la preuve *contre* en preuve *pour*. En 1858, M. Laroyenne, qui, le premier, avait fort bien décrit le double ulcère sous le nom de chancre *mixte*, disait : « que le chancre infectant irréinoculable *pourrait bien* être son chancre mixte. » En 1860, M. Basset écrit : « On peut avancer que tous les chancres suivis de manifestations secondaires, inoculés avec succès à des sujets syphilitiques, sont des chancres mixtes. » Enfin, en 1861, M. Rollet affirma explicitement « que le chancre mixte n'est, en définitive, que le chancre induré réinoculable. »

Pour moi, j'admets l'existence du chancre mixte (chancre chrancrellé). C'est un être morbide des plus réels, qui s'observe cliniquement, et qu'on peut reproduire par la lancette toutes les fois qu'on déposera du pus de chancrelle à la surface d'un chancre. Je suis, en un mot, aussi convaincu de sa réalité que

disposé à rendre justice à l'ingénieuse initiative de M. Rollet, qui l'a si bien démontrée.

Mais notre collègue a-t-il été aussi bien inspiré dans l'emploi que dans la création du produit qui porte à juste titre son nom? a-t-il eu raison de vouloir greffer le chancre mixte sur la réinoculabilité chancreuse, comme le seul fruit qu'elle puisse porter? Voilà ce qu'il faut examiner. En deux mots, le chancre mixte étant bien réellement, bien certainement réinoculable, il s'agit de savoir *s'il n'y a de réinoculable que les chancres mixtes.*

Voyons donc : A. Si la lésion qu'on voit quelquefois naître de la réinoculation du chancre a toujours, ainsi que M. Rollet l'affirme, les caractères objectifs d'une chancrelle. B. Si le chancre, seul, non mixte, n'est réellement, ainsi que M. Rollet l'affirme aussi, jamais, à aucun moment de son évolution, réinoculable.

A. *Dans les cas publiés de réinoculation positive d'un chancre, la lésion produite par la lancette a-t-elle toujours offert les caractères objectifs de la chancrelle?*

Je suis, tout d'abord, frappé du laconisme des auteurs sur ce point important.

J'ai déjà parlé des observations racontées en deux lignes, et des résultats racontés en deux mots, dans la statistique de M. A. Fournier et de Poisson. Mais il semblait, du moins, que les disciples de M. Rollet, ceux sur l'autorité et les expériences desquels il s'appuie exclusivement (1) eussent dû entourer leur témoignage de plus de garanties. Ils n'expérimentaient, effectivement, que dans un but unique : pour prouver que toutes les fois qu'à la suite d'une inoculation de chancre, il vient quelque chose au point inoculé, c'est une chancrelle qui vient; que ce n'est jamais qu'une chancrelle.

Or, pour éclairer les doutes, pour réduire l'opposition de ceux qui croient qu'il peut parfois venir là autre chose, qu'y avait-il à faire ?... Tout simplement à décrire la lésion produite à l'en-

(1) Je répète que, dans son livre, M. Rollet fait bien allusion à d'autres faits, mais qu'il n'en cite, qu'il n'en mentionne, même de la manière la plus abrégée, aucun autre que ceux dont j'examine en ce moment la valeur.

droit inoculé; et par l'exposé de ses caractères, de sa marche, en la réinoculant, soit au porteur, soit à un sujet sain, — l'expérience, à leurs yeux, était innocente, puisque ce qu'ils auraient inoculé n'est jamais, selon eux, qu'une chancrelle — à démontrer qu'elle était bien réellement, et qu'elle n'était qu'une chancrelle.

Eh bien! loin de là, M. Laroyenne, dans le récit de ses quatre expériences, se borne à dire trois fois : « inoculation positive » et une fois « pustule chancreuse, » sans même faire connaître au bout de combien de jours une lésion apparut au point inoculé.

M. Basset, dans les quatre expériences et les quatre observations qu'il a ajoutées à celles-ci, se contente également du mot : « résultat positif. » Quatre fois cependant il a pris soin de dire que ce *résultat positif* eut lieu deux jours après le jour de l'inoculation.

L'école de M. Rollet pourrait arguer de cette brïèveté de l'incubation; car elle appartient en propre à la chancrelle; elle est un de ses caractères distinctifs. Dans les inoculations où on l'a constatée, on peut donc se croire en droit d'affirmer qu'il n'est venu, au point inoculé, qu'une chancrelle, puisque le chancre a une incubation beaucoup plus longue.

Mais la longue incubation, notons-le, n'appartient qu'au chancre se développant chez un sujet sain. Développé chez un sujet déjà chancreux, n'aurait-il pas une marche plus rapide? Vaccinez (avec du vaccin mûr) un enfant déjà vacciné; si la revaccination est faite assez tôt pour réussir (le deuxième ou troisième jour par exemple), il est généralement admis qu'elle regagnera le temps perdu, qu'elle rattrapera l'éruption de la première vaccination. M. H. Lee déclare qu'il en est de même, que l'on n'observe qu'une très-courte incubation à la lésion qu'on fait naître sur un sujet chancreux en l'inoculant avec la sécrétion de son propre chancre.

Ces expériences, effectivement, ont été faites en Angleterre. La sécrétion d'un chancre, non chancrellé, non mixte, a été inoculée par M. H. Lee au porteur de ce chancre; et le résultat de l'inoculation a été, sous beaucoup de rapports, comparable aux résultats des inoculations de l'Antiquaille, tels, du moins, que le laconisme de leurs narrateurs nous permet de les apprécier. Comme à l'Antiquaille, M. Lee a vu une lésion se manifester

au bout de deux jours; comme à l'Antiquaille, il a obtenu des pustules; il a vu la lésion ainsi produite durer plus de quinze jours; il en a même réinoculé, avec succès, le fluide (1).

(1) Voici, textuellement traduites, deux de ces séries d'expériences :

Deux observations de chancre rendu réinoculable par l'irritation artificielle de l'ulcère.

OBS. I. Un jeune homme fut reçu à l'hopital de Lock le 29 juillet 1858. Quinze jours avant son entrée, il avait eu, au reflet du gland, un ulcère superficiel qui guérit en peu de jours. Mais, deux ou trois jours après l'apparition de cet ulcère, il lui vint, sur le fourreau, un petit bouton qui, le 26 juillet, offrait tout l'aspect d'un chancre huntérien bien caractérisé. Il en sortait une sécrétion trouble, dont une goutte, additionnée d'acide acétique, et examinée au microscope, ne parut pas contenir de globules de pus.

Le 27, inoculation de ce fluide sur divers points de la cuisse du malade.

Le 29, on s'assure de nouveau que la sécrétion de l'ulcère ne contient pas de pus; et le 31, on l'inocule encore sur plusieurs autres points. L'ulcère est en voie de progression.

Le 3 août, aucune des précédentes inoculations n'a donné de résultat. Engorgement des ganglions cervicaux et apparition d'une syphilide. — On applique un petit vésicatoire sur l'ulcère.

Le 5, l'ulcère, couvert d'une eschare superficielle, produit à présent une sécrétion puriforme. On inocule cette sécrétion sur plusieurs points de la cuisse.

Le 7, aujourd'hui, l'ulcère ne sécrète plus de pus. On inocule de nouveau le fluide qui s'exhale de sa surface.

Le 10. L'ulcère a été pansé, hier, deux fois, avec une pommade à la sabine; il donne maintenant une abondante sécrétion de pus. Elle est inoculée en plusieurs points, sur une partie différente de la cuisse.

Le 12. L'inoculation faite en dernier lieu, ainsi que celles faites le 5 et le 10 (lorsque l'ulcère fournissait du pus) ont réussi. Celles du 7 (alors qu'il n'y avait pas de pus) ont échoué. Les inoculations positives présentent l'aspect de taches rouges circulaires, avec un peu de saillie et d'épaississement de l'épiderme. En un point, il y a une vésicule d'où exsude un fluide séreux. On inocule ce fluide à la cuisse du malade. L'ulcère originaire, qui a été pansé avec de l'eau, ne fournit plus de pus.

Le 17, l'inoculation du fluide d'inoculation a réussi. Elle présente le même aspect que les premières, seulement il y a un peu d'abrasion de l'épiderme. Il n'y a pas là d'apparence de pustule; il ne s'exhale pas de pus de sa surface. Cependant, il s'est formé une pustule, accompagnée de très-peu d'inflammation, sur l'un des points primitivement inoculés.

Or, qu'avait fait M. Lee pour rendre ces chancres réinoculables, pour leur faire produire, par réinoculation, des lésions que

Le 19, les inoculations ont l'apparence de taches rouges avec saillie et épaississement de la peau, mais sans aucune induration. La pustule se dessèche.

Le 24, l'une des inoculations a un peu de tendance à s'ulcérer; les autres sont en desquamation et perdent leur couleur. L'observation s'arrête là.

Obs. II. Bridgett, âgée de 17 ans, fut reçue à l'hôpital de Lock le 26 août 1858, avec deux chancres primitifs indurés, en voie de progrès, à la partie supérieure de la cuisse gauche. Ils fournissaient une sécrétion qui, à l'examen microscopique, fut reconnue ne pas contenir de pus. Cette sécrétion fut inoculée avec soin sur la cuisse de la malade.

Le 29, cette même inoculation est répétée.

Le 31, les inoculations n'ont pas donné de résultat. Les chancres, qui ont été pansés, deux jours, avec la pommade à la sabine, ont maintenant une abondante sécrétion, manifestement purulente. La sécrétion de chaque ulcère est de nouveau inoculée sur plusieurs points, dans deux endroits séparés, à la cuisse.

Le 2 septembre, les deux dernières inoculations ont produit, dans les deux endroits, une lésion qui a l'aspect d'une petite pustule commençante. On prend la sécrétion de l'une de ces pustules et on l'inocule dans deux ou trois points, plus bas, sur la cuisse.

Le 4, les inoculations du fluide d'inoculation ont réussi. L'une des inoculations du 31 août a produit une petite pustule; les autres n'ont produit que des vésicules, dont l'une est rompue.

Le 9, les inoculations du fluide d'inoculation faites le 3 septembre ont séché. Les inoculations faites le 31 août ont entièrement perdu leur caractère puriforme. Elles paraissent maintenant comme des taches circulaires, laissant suinter une sécrétion séreuse, mêlée de squames épithéliaux. — Les chancres originaires commencent à guérir.

Le 11, les premières inoculations sont en desquamation et offrent une teinte d'un rouge clair. Les inoculations du fluide d'inoculation sont de petits boutons rouges qui perdent graduellement leur couleur.

Le 17, les chancres sont cicatrisés. — Les inoculations s'effacent et se desquament.

Le 23, les inoculations du fluide d'inoculation sont encore visibles sous la forme d'écailles brillantes d'épithélium décoloré.

Le 25, il paraît une très-faible éruption secondaire. Les glandes de l'aine sont encore tuméfiées et dures.

Cette malade quitta l'hôpital le 4 octobre, mais elle y revint le 8. Les inoculations se reconnaissaient encore à des taches brunes se fondant graduellement dans la coloration de la peau du voisinage.

(Henry Lee, *the Lancet*, 13 septembre 1862.)

je vois fort semblables à celles si sommairement indiquées par MM. Laroyenne et Basset? Qu'avait-il fait? Il avait seulement *irrité* la surface de ces chancres. Il y avait artificiellement déterminé, comme il le dit, à la place de l'inflammation adhésive, l'inflammation suppurative. Et ce changement suffit, comme on peut en juger dans le texte ci-dessus, pour que, irréinoculables la veille, ces chancres devinssent, six jours après, presque indéfiniment réinoculables?

Je ne voudrais pas, dès à présent, professer une analogie complète de nature entre ces faits détaillés et ceux de l'Antiquaille, dont nous ne connaissons encore le résultat que par deux mots. Mais, en réfléchissant que la réinoculabilité de la chancrelle est liée à la nature purulente de sa sécrétion; que ces deux propriétés, dans cet ulcère, naissent et s'évanouissent ensemble durant son cours, ne peut-on pas soupçonner que, pour quelques cas du moins, le dépôt du pus de chancrelle sur un chancre n'a rendu celui-ci réinoculable qu'en le faisant suppurer, et non en le rendant chancrelleux?

Je ne dis point, — j'aime à le répéter, — que le chancre mixte ne puisse pas, étant réinoculé, produire une chancrelle. Je dis seulement que tout chancre qui, réinoculé, donne un résultat positif quelconque ne doit pas, par cela seul, être réputé chancre mixte. En d'autres termes, la coïncidence d'une chancrelle et d'un chancre dans le même ulcère rend très-légitimement compte de certaines réinoculations positives de chancre; mais il n'est point prouvé qu'elle rende compte de toutes.

Pour décider ce point, pour savoir à quoi s'en tenir sur la part à faire à chacune des causes possibles de réinoculabilité, il aurait fallu suivre, jour par jour, les inoculations réussies, en faire connaître l'évolution, les caractères, la durée, etc., etc. — Au lieu de les décrire, de nous mettre à même de les peser, on a, renversant le vieil adage, préféré les compter. On a argué d'une concordance entre le nombre des chancres mixtes cliniques et celui des chancres trouvés expérimentalement réinoculables; et l'on a dit :

« La réinoculation du chancre a réussi tant de fois (mettons 6 fois sur 100). D'autre part, j'ai noté un nombre proportionnel égal (6 sur 100) de chancres mixtes par rapport au nombre total des chancres observés durant un certain temps. Donc, les chan-

cres réinoculables, égaux en nombre aux chancres mixtes, ne doivent être, ne sont que des chancres mixtes. »

Mais la concordance de nombre ne mérite, ne l'oublions pas, de fonder qu'une présomption. Serait-ce une science bien sûre de ses bases que celle où des rapports numériques seraient admis comme preuve de l'identité de nature? où l'on se croirait autorisé à dire : « Voilà deux causes morbides. Il s'agit de décider, d'après leur effet, si elles sont identiques ou si elles diffèrent. Eh bien! elles sont identiques, je l'affirme : et je l'affirme, non pas parce que leur effet a été *le même*, mais seulement parce qu'elles ont, *aussi souvent l'une que l'autre*, produit un effet quelconque!... »

Mais encore cette concordance est-elle réelle? Non : en reprenant les calculs sur lesquels elle porte, on la trouve du premier coup en défaut. Dans leur statistique, M. Fournier et Poisson ont rencontré le chancre réinoculable 2 *fois sur* 151. (*Leçons sur le chancre*, p. 275.) D'après M. Rollet, « le chancre syphilitique est inoculable au porteur dans la proportion de 6 *pour* 100 environ (p. 105). » Le chancre réinoculable de M. Rollet, — qui, pour lui, n'est autre que le chancre mixte, — explique donc plus de chancres réinoculables que les auteurs dont il invoque la statistique n'en avaient trouvé. En d'autres termes, si ni l'un ni l'autre des deux auteurs ne s'est trompé, il est évident que, tout compte fait, il reste à M. Rollet 7 ou 8 chancres réinoculables dont M. Fournier n'a pas l'emploi!

B. *Le chancre, seul, non chancrellé, non mixte, n'est-il jamais, à aucun moment de son évolution, réinoculable?*

Nous connaissons la réponse négative formelle que M. Rollet fait à cette question. M. Clerc était moins absolu. Il pensait que « les réinoculations du chancre seraient moins souvent négatives si elles étaient pratiquées plus près du début du chancre. » M. A. Fournier formule les mêmes réserves sur la réinoculabilité des chancres *très-jeunes*. Et ces réserves, fruit de judicieuses inductions, il les justifie aussi par son expérience; car le seul de ses 99 chancreux qu'il ait trouvé réinoculable est le seul de sa statistique dont le chancre ait été noté comme « ne datant que de quelques jours. » — M. Poisson, lui aussi, n'a pu réinoculer qu'un chancre sur 52, et ce chancre, le seul dont on ait

mentionné l'époque d'origine, est donné comme « datant de neuf jours » (*comptés à partir du jour de la contagion*).

Ainsi les seuls chancres qui, sur le nombre total, aient été réinoculables sont les seuls dont l'origine fût récente.

Une voie commode autant que probante s'offrait pour juger analogiquement de la réinoculabilité du chancre. La pustule vaccinale est, on le sait, la *lésion primitive* de l'affection vaccinale. Comme le chancre, elle incube ; comme le chancre, on peut la détruire par le caustique sans que, pour cela, l'effet constitutionnel du virus manque ; comme le chancre enfin, elle met obstacle, *quand elle a duré quelques jours*, à ce qu'une nouvelle insertion du vaccin, sur le même sujet, produise une pustule vaccinale. — Mais *au bout de combien de jours*, cette irréinoculabilité du vacciné existe-t-elle?... Ici pour nous est le point important.

Bryce l'avait déjà éclairé par sa pratique. Dans *l'épreuve* qui porte son nom, il réinoculait le vacciné vers le cinquième ou sixième jour de la vaccination, avec le fluide de ses pustules naissantes. Et l'inoculation réussissait quelquefois.

Mais ne réussirait-on pas constamment, ne réussirait-on pas à coup sûr en opérant plutôt, dès le début, dès la première apparition d'une lésion quelconque au point vacciné?... C'est ce dont j'ai voulu m'assurer ; c'est ce qu'on verra réalisé dans les expériences suivantes qui démontrent une réinoculabilité vaccinale plus précoce qu'on ne l'avait, je crois, observé jusqu'à présent.

Deux enfants, la petite Eugénie, âgée de 15 mois, et le petit Pinzacani, âgé de 8 mois, avaient été vaccinés par plusieurs piqûres à chaque bras, le 22 septembre 1862, à midi, à l'hospice de la Charité. Je priai M. Ygonin, interne, de vouloir bien m'avertir dès qu'il paraîtrait quoi que ce fût aux points inoculés. Sur son invitation, je me rendis à l'hospice, le 24 septembre à neuf heures du matin ; et immédiatement, 45 *heures par conséquent après la vaccination*, je procédai aux constatations et aux opérations suivantes :

Obs. I. Chez la petite Eugénie, je vis, sur 2 des piqûres du bras gauche, un petit disque rouge, à peine saillant, sans le moindre soulèvement ou froncement de l'épiderme. Je glissai la pointe

d'une lancette sous l'épiderme d'une de ces papules, et la retirai, ne ramenant pas de quoi la mouiller, mais seulement de quoi ternir le poli de l'acier.

Avec la lancette ainsi chargée, je réinoculai cette enfant à la cuisse droite; mais un mouvement imprévu de l'enfant fit pénétrer l'instrument à 4 ou 5 millimètres, ce qui occasionna un saignement assez abondant. Je retirai la lancette; et, sans la recharger, je fis deux petites piqûres superficielles, à côté de celle-ci, que je croyais trop saignante pour que l'inoculation y réussît.

Je dois dire, une fois pour toutes, que la vaccine, aux bras de cette enfant, suivit ultérieurement la marche régulière de l'éruption normale.

Quant à la cuisse, le 26, rien n'y était apparent. Le 28, les internes de l'hospice virent une papule commencer à se former sur la cicatrice de la piqûre profonde.

Le 30 au matin, je constatai là, de concert avec M. le docteur Berne, chirurgien en chef, et MM. Chambard et Ygonin, internes, une pustule bien formée, ombiliquée, mais moins volumineuse, à aréole moins large que celles du bras, en un mot paraissant être en rêtard de deux jours sur l'évolution de celles-ci. — Rien, aucun travail morbide appréciable ne s'est manifesté sur les deux piqûres superficielles de la cuisse.

Le 2 octobre, la pustule de la cuisse commence à se dessécher : et elle se termina après avoir offert aux assistants tous les caractères d'une bonne pustule vaccinale, un peu plus rapide peut-être, néanmoins, dans le cours total de son évolution, que les pustules du bras.

Obs. II. Chez le petit Pinzacani, il existait également, le 24 septembre à neuf heures du matin, de petites rougeurs circonscrites, à peine proéminentes, aux points des bras où le vaccin avait été inoculé quarante-cinq heures auparavant. Dans l'un de ces points, M. Ygonin enfonça la pointe de sa lancette, sous l'épiderme qui était un peu froncé. Et avec cette lancette chargée d'une matière en quantité presque imperceptible, et par conséquent de qualité difficile à apprécier, il fit une inoculation sur l'épaule droite, à trois centimètres et demi environ de distance de la papule vaccinale supérieure existant sur le bras de ce côté.

L'enfant fut emmené ce même jour, de la Charité, sans qu'on m'eût prévenu. Et je ne pus le revoir, chez sa mère que le 28, à neuf heures du matin, de concert avec M. le docteur Ovide Lallemand, médecin major du 31e de ligne. Avec ce savant confrère, nous constatâmes : 1° sur les bras, aux sept points vaccinés le 22 septembre, sept pustules toutes d'une maturité égale, purulentes, ombiliquées, avec l'aréole caractéristique ; — 2° Sur l'épaule droite, au point réinoculé le 24 septembre, une papule isolée, commençant à pustuler, mais d'un développement moitié moindre que celui des pustules résultant de la première vaccination. — J'avertis immédiatement de ce résultat, afin qu'ils pussent le vérifier, M. le docteur Berne ainsi que MM. les internes de la Charité.

Le 1er octobre, les pustules de l'inoculation du 22 septembre commencent à se sécher, à devenir un peu croûteuses. Celle résultant de la réinoculation du 24 n'offre pas encore de croûtes ; elle est pleinement pustuleuse (du reste, soit quant à son volume, soit quant à la largeur et à l'intensité de coloration de son aréole, cette pustule n'a pas tout à fait atteint le développement de celle résultant de la première vaccination).

Obs. III. Voulant savoir à quoi m'en tenir sur les propriétés du fluide de cette pustule de revaccination précoce, je pris un enfant du voisinage, Alexandre Besson, non vacciné ; et le 1er octobre, je l'inoculai, de bras à bras, avec la sécrétion des pustules du sujet précédent, de l'enfant Pinzacani, savoir :

Au bras gauche, par deux piqûres, avec le pus de la pustule de réinoculation.

Et au bras droit, par deux piqûres, avec le pus de l'une des pustules de la vaccination primitive faite le 22 septembre. (Deux lancettes différentes servirent, l'une pour les inoculations d'un bras, l'autre pour celles de l'autre.)

Le 5 octobre, l'enfant Besson a, aux quatre points inoculés, de petites papules qui commencent à devenir des vésicules ; celles de gauche paraissent parfaitement égales à celles de droite.

Le 8 octobre, je revois cet enfant. Les pustules, quoiqu'un peu lentes dans leur développement, ont toutes les caractères du bouton vaccinal au septième jour. L'un des parents, présent à cet examen, appelle même mon attention sur ce fait, que les pustules du bras gauche (bras qui avait été inoculé avec le pus

de la pustule de réinoculation de l'enfant Pinzacani), offraient un volume plus considérable que celles du bras droit.

Je ne prétends pas imposer cette démonstration de la réinoculabilité vaccinale comme une preuve sans réplique de la réinoculabilité chancreuse. Chaque lecteur jugera par lui-même de la créance que lui semble mériter cet argument analogique. Je ne puis m'empêcher, cependant, de faire remarquer que, ayant été à même d'inoculer ces enfants avec le fluide de leur papule vaccinale à *l'état réellement naissant*, j'ai vu cette réinoculation *réussir deux fois sur deux*.

Après les possibilités et les vraisemblances, voyons ce que dit l'expérience directe.

L'expérience, d'abord, du moins en tant qu'expérimentation, est extrêmement difficile. Si le chancre doit être réinoculable c'est seulement, on le sait, à la période de début. « Or, disait judicieusement en 1858 M. Fournier, il est fort rare, au moins à l'hôpital, que l'on rencontre cette variété de l'accident primitif à une époque très-voisine de son origine. L'indolence de l'ulcération explique sans doute le retard que mettent les malades à réclamer les soins du médecin. La plupart des sujets infectés ne se présentent que plusieurs semaines après la contagion, c'est-à-dire à une époque où le chancre a acquis, en général, son complet développement. L'on n'a donc que très-exceptionnellement l'occasion d'interroger le pus d'un chancre *très-jeune.* »

Ces remarques n'ont pas cessé d'être justes, et tous les cliniciens comme tous les polémistes ont à en faire leur profit. Si l'irréinoculabilité absolue du chancre doit être considérée comme une vérité, c'est surtout, — c'est peut-être seulement, — une *vérité d'hôpital.* Si elle doit recevoir quelques démentis, ce n'est que dans la clientèle qu'on trouvera de quoi les lui donner.

Mais, dans la pratique civile, il se rencontre d'autres difficultés, et il y a aussi un choix à faire.

Et d'abord, si le chancre à l'état naissant est réinoculable, c'est-à-dire contagieux pour le malade lui-même, il n'est probablement contagieux qu'à un faible degré. Il serait donc à désirer, quand on veut provoquer cette contagiosité à se manifester, qu'on fût libre de lui en offrir tous les moyens; qu'on pût

déposer du fluide du chancre sur la surface d'un vésicatoire, au lieu de l'inoculer simplement à la lancette. On sait que le procédé par vésication, celui où le fluide est appliqué sur une *large surface*, a été préféré, comme plus efficace, par les inoculateurs de lésion secondaire. « Des 9 inoculés avec le sang, dit l'anonyme du Palatinat, 3 le furent avec succès, et ceux-là seulement chez qui une large surface absorbante avait été frictionnée. » — Mais ce qui serait très-désirable pour le succès de l'épreuve est absolument irréalisable. A quel client persuaderez-vous de se laisser appliquer un vésicatoire ou racler l'épiderme dans une certaine étendue?... Et d'ailleurs, le chancre dont vous voulez essayer l'inoculabilité n'étant qu'à l'état naissant, à l'état de papule à peine exulcérée, comment ce chancre vous fournirait-il la quantité de fluide nécessaire pour frictionner une *large surface?*

C'est donc de l'inoculation à la lancette, mode d'insertion reconnu pour moins certain, qu'on devra, en général, se contenter dans ces expériences.

Il faut aussi faire une élimination parmi les chancres même *très-jeunes*, parmi ceux dont l'âge pourrait tenter votre lancette. N'espérez rien de la réinoculation d'un chancre qui s'accompagne déjà d'adénopathie. — Ne vous en rapportez pas non plus exclusivement aux malades pour savoir l'époque où le chancre a paru; nul praticien n'ignore les préjugés optimistes qui portent le client, même le plus attentif, à se dissimuler l'âge véritable d'un mal que, invariablement, les 4 ou 5 premiers jours, il vous affirmera toujours n'être « rien du tout! »

Ces réserves sont utiles à spécifier pour expliquer comment les expériences de réinoculation du chancre peuvent et doivent souvent échouer, sans qu'il faille en conclure à l'irréinoculabilité absolue du chancre. — Cette réinoculation réussit cependant quelquefois. J'en citerai trois exemples :

Le premier est dû à M. Henri Lee.

Obs. IV. « Un étudiant en médecine prit, pour la première fois, une maladie vénérienne en 1856. Aussitôt que son chancre apparut, et avant qu'il devînt induré, il en inocula la sécrétion sur sa cuisse. Je le vis 3 ou 4 jours après. Il y avait alors des signes d'irritation au point inoculé. Ce point se convertit bientôt en un petit ulcère, dur, ressemblant alors exactement à

celui duquel l'on avait inoculé la sécrétion. Il parut d'abord à l'inoculation une petite quantité de lymphe blanche ; mais les deux ulcères restèrent subséquemment sous la forme de petites indurations circulaires et fournirent à peine quelque sécrétion de leur surface. » (*The Lancet*, 13 septembre 1862.)

La seconde observation est de ma pratique.

Obs. V. « M. B..., âgé de 20 ans et demi, constitution moyenne, tempérament nervoso-lymphatique, n'a jamais eu de chancres ni de blennorhagie. Quand je le vis, le 9 août 1862, le dernier coït avait eu lieu 20 jours auparavant. Il y a sept jours, il avait vu apparaître sur 3 endroits (deux sur le reflet du prépuce, et un sur le bord du filet), des rougeurs. Je constatai dans ces endroits des plaques rouges à peine exulcérées ; une seule, celle du filet, offrait une légère rénitence parcheminée. Il n'y a aucune inflammation ambiante, ni adénopathie. J'inocule par une seule piqûre, en dehors de la cuisse gauche, ce que je peux recueillir de fluide à la surface de l'une des rougeurs indurées. (Pansement avec une solution de 0°,7 de nitrate d'argent, sur 20 d'eau.) — Revu le 18 août ; il y a une légère adénopathie à gauche, les exulcérations se sont prononcées et sont toutes, maintenant, un peu indurées. Au point inoculé, très-légère papule cuivrée, couleur café au lait, large comme une tête d'épingle. — Revu le 30 août ; les trois ulcères sont un peu plus indurés, sans toutefois dépasser la consistance parcheminée pour ceux situés dans le milieu du reflet, et l'engorgement en forme de *corde à boyau*, mode habituel de l'induration des érosions chancriformes du bord du filet. L'adénopathie gauche, la seule qui existe, a aussi un peu augmenté ; la papule d'inoculation s'est un peu étendue, son centre offre une légère desquamation blanche.

Revu le 11 septembre ; la papule occupe aujourd'hui une étendue de 5 millim. ; elle est le siége d'une desquamation blanche : je soulève le bord des écailles avec le bout d'une allumette ; je donne ainsi issue à une gouttelette de sérosité un peu sanguinolente et je découvre une exulcération très-superficielle.

A ce moment, il n'y a aucun symptôme constitutionnel ; l'adénopathie gauche indurée a l'aspect de la vraie pléiade indurée, indolente.

Revu le 21 septembre ; la papule est à peu près la même,

elle tendrait plutôt à guérir, car, quoique de même largeur, elle est un peu plus pâle et a moins de desquamation. Il paraît sur l'abdomen 6 ou 8 papules caractéristiques. Les chancres, ou plutôt les érosions chancriformes, sont aujourd'hui guéris, sans avoir jamais eux-mêmes été très-ulcérés. — Revu le 5 octobre, la papule de la cuisse offre le même état squameux et cuivré; elle n'a subi aucun changement depuis la dernière visite. Je fais examiner ce malade à M. le docteur A. Dron; il reconnaît la nature indurée infectante des lésions primitives, telle qu'elle est encore accusée par l'état de leurs cicatrices.

Je dois noter que ce malade n'avait eu antérieurement, et n'offrait actuellement aucune éruption dartreuse, ni sur la région expérimentée, ni sur aucun autre point du corps (1).

(1) A l'une des séances de la Société des sciences médicales de Lyon, où je présentai cette observation, l'un de mes bons collègues manifesta quelques doutes sur la nature de la lésion produite par ma lancette. « Était-ce bien une lésion syphilitique? me dit-il. Ne voit-on pas de semblables papules naître parfois par le fait et sur le siége de la plus simple excoriation? »

A ceci, je répondis :

« 1° Moi qui ai vu, entre les mains de quelques expérimentateurs, se développer la lésion produite par l'inoculation de l'accident secondaire, je trouve, entre ma papule et cette lésion, une frappante ressemblance d'aspect.

« 2° Une papule squameuse, cuivrée, paraissant au point inoculé huit jours après l'inoculation, et persistant plus de quarante jours, n'est-elle pas le résultat de l'action du virus déposé là par la lancette? peut-elle n'être que l'effet accidentel du traumatisme?...

« 3° Si vous jugez, cher confrère, qu'il n'y ait eu de produit par moi qu'une simple inflammation non spécifique, vous consentirez sans doute à ce que je vous en inocule à vous-même le fluide. » — (Je n'ai pas trouvé, dans le procès-verbal de la séance, la réponse faite à cette partie de mon argumentation.)

« 4° Enfin, est-ce bien sérieusement que vous arguez du peu d'étendue, du peu de profondeur de la lésion produite, pour soutenir qu'elle n'est pas l'effet de la réinoculation d'un chancre? ne ressembleriez-vous pas ainsi à ceux que vous avez tant critiqués; à ceux qui, niant la contagiosité secondaire, disaient : « Au point inoculé avec le fluide « d'une plaque muqueuse, il ne vient pas une plaque muqueuse; donc « la plaque muqueuse n'est pas contagieuse? » Sans doute, vous n'en êtes pas là! vous n'êtes pas, je l'espère, de ceux qui tiennent le langage de la nature pour non avenu toutes les fois qu'elle n'a pas parlé conformément à leurs prévisions théoriques! »

La troisième observation m'est fournie par M. Sperino, dont je traduis les propres paroles :

Obs. VI. Une femme de 35 ans, entra au Syphiloïcome le 15 janvier 1851, avec plusieurs tubercules muqueux ulcérés (1) aux mamelons. Elle les avait pris d'un enfant qu'elle nourrissait et qui mourut dans le marasme avec une éruption.

« Le 17 janvier, M. Sperino inocula sur la cuisse droite, en deux points, du pus recueilli sur la lésion des seins. — Le 23, il apparut une rougeur avec prurit sur les points inoculés. — Le 24, deux petites papules s'étaient élevées au centre de ces cercles rouges.— Le 20 janvier, on avait répété deux nouvelles inoculations sur la cuisse droite avec le pus de la lésion des seins. Le huitième jour, il apparut de la rougeur sur les points inoculés; et le jour suivant, l'on y vit des papules. — Le 30 janvier, les papules développées à la suite de l'inoculation du 17 sont couvertes d'une croûte, après l'ablution de laquelle on voit une érosion superficielle. On recueille soigneusement la petite quantité de pus qui y est sécrétée, et on l'inocule en deux endroits de la cuisse gauche. Sept jours après cette inoculation, il se développe dans ces deux endroits deux petits tubercules.

« Les pustules muqueuses (je conserve le texte de M. Sperino) produites par ces diverses inoculations durèrent environ vingt jours à compter de l'époque de leur apparition. Elles se déprimèrent spontanément, sans traitement ni général ni local, en laissant sur la partie qu'elles occupaient une tache cuivrée, mais sans cicatrice.

« Les tubercules des mamelons, pansés localement avec la liqueur de Labarraque étendue, disparurent aussi peu à peu, laissant des taches de la même couleur que celles des cuisses.

« Le 25 février, on aperçoit sur les membres supérieurs et inférieurs, et sur le tronc beaucoup de papules cuivrées..., qui furent diagnostiquées une syphilide papuleuse. On voulait laisser développer librement cette syphilide avant de commencer

(1) La suite de l'observation montre que ces *tubercules muqueux ulcérés* étaient une lésion *primitive*, et une lésion primitive *récente*. En effet, la syphilide n'ayant apparu ensuite que le 25 février, l'accident initial du mamelon ne devait, le 15 janvier, exister que depuis peu de jours.

un traitement mercuriel, lorsque, le 2 mars, il survint une iritis, etc. » (*La Sifilizzazione studiata*, etc., 1853, p. 25.)

Je renvoie le lecteur, pour trouver des faits expérimentaux analogues, au livre si abondant, si riche en ce genre, de mon ami le docteur Melchior Robert, ainsi qu'à l'observation de M. le docteur Rodet (*Gaz. méd.* de Paris, 1852, p. 606), observation que M. Clerc a jugée être un exemple « d'inoculation d'un chancre infectant sur le sujet lui-même. »

Si la réinoculation artificielle n'a que rarement des occasions propices à la réalisation de ses effets, il en est tout autrement de la réinoculation spontanée. La pratique nous en offre, à chaque instant, des exemples. Le *chancre* (chancre infectant) est souvent solitaire, cela est vrai. Mais il ne l'est pas toujours. Fréquemment on voit, en même temps, plusieurs chancres sur un même sujet; et fréquemment aussi ces chancres accusent, par leur développement inégal, une origine inégalement ancienne. Les malades, d'ailleurs, disent parfois positivement eux-mêmes que tel de leurs chancres n'a commencé que 6, que 8, que 10 jours après tel autre.

Or, faut-il croire que chacun de ces chancres est dû à un coït distinct, à un coït plus ou moins ancien?... L'explication est applicable à quelques cas, mais certes point à tous.

Faut-il croire qu'ils ont été produits par le même coït, mais que le retard des uns, la précocité d'apparition des autres, dépend de quelques différences soit dans les conditions de l'insertion du virus, soit dans les conditions de tissu?... — Ceci est fort possible, réel sans doute pour quelques cas; mais toutefois, dans la vaccination, sur quelques parties du corps que la lancette s'égare, à quelque profondeur (et l'opérateur varie souvent cette condition-là intentionnellement) qu'elle atteigne, toujours les pustules produites par le même vaccin, dans une seule et même séance, éclosent et marchent toutes avec une simultanéité qui mérite presque le nom d'isochronisme.

Il demeure donc physiologiquement vraisemblable que, lorsque sur un malade on voit un chancre apparaître quelques jours après un autre, ce chancre peut avoir été le résultat de la réinoculation accidentelle du premier, du plus récent.

Ces cas, je le répète, abondent dans la pratique. L'influence

du contact, la réalité de la réinoculation comme cause productrice y sont quelquefois rendues probables, presque jusqu'à la certitude, par la situation des nouveaux chancres sur des parties exactement contiguës ou correspondantes avec le siége des premiers. J'en citerai d'abord un exemple dont je dois la communication à l'obligeance de mon très-savant confrère, M. le docteur Cullerier :

Obs. VII. « G. Théodore, vingt-trois ans, vierge de tout accident vénérien, entre à l'hôpital du Midi, service de M. Cullerier, salle première n° 2, le 14 novembre 1861. Il est atteint depuis six semaines d'un chancre induré, récemment cicatrisé, de la couronne et de la moitié gauche du gland avec adénopathie multiple, double, indolente.

« Une seconde ulcération chancreuse, beaucoup moins avancée vers la cicatrisation, existe sur le côté gauche du pubis. L'induration spécifique y est nette au pourtour, le centre légèrement déprimé, moins épais.

« Roséole maculeuse sur le ventre et la poitrine, datant de quelques jours seulement, impétigo du cuir chevelu, adénopathie cervicale.

« Ce qui nous frappe, c'est le chancre de la verge cicatrisé, tandis que celui du pubis nous paraît beaucoup plus récent. Nous laissons dire le malade, qui assure que, pendant vingt-cinq jours environ, le chancre de la verge a existé seul, et que ce n'est qu'alors qu'est survenue de la rougeur au pubis, qu'il s'y est formé comme un cercle en relief en même temps qu'il s'y formait une plaie. Le malade ne doute pas que ce second chancre ne provienne du premier, et il nous montre que, couché sur le dos, l'extrémité de la verge, naturellement volumineuse, touche directement le chancre du pubis. M. Cullerier n'hésite pas à voir là une inoculation du premier chancre induré. »

Dans sa lettre d'envoi, M. Cullerier me dit qu'il a vu plusieurs faits analogues.

Je veux aussi, parmi tous les faits de ce genre que me fourniraient mes souvenirs, en citer un où la circonstance du siége me parut décisive :

Obs. VIII. Un ouvrier verrier de Rive-de-Gier avait contracté la syphilis par la bouche. Il me consulta un mois environ

après s'en être aperçu. A ce moment, la première lésion qui eût apparu existait à la lèvre inférieure sous forme d'une ulcération à fond rougeâtre, de deux centimètres environ d'étendue.

Je constate aussi à la lèvre supérieure, et précisément dans le point que l'ulcère de la lèvre inférieure touche lorsque les deux lèvres se rapprochent, un ulcère moins profond, moins large que le précédent. D'ailleurs, le malade qui s'alarme de ces symptômes dont il connaît parfaitement l'origine et la nature, qui, par conséquent, observe avec une vigilance assidue les progrès du mal, le malade, dis-je, me déclare que ce second ulcère n'a commencé à paraître que trois semaines après celui de la lèvre inférieure. — Il ne commença à offrir des *symptômes constitutionnels* que quelques semaines après cette première visite chez moi.

Les inoculateurs d'*accidents secondaires* n'ont pas essayé si la lésion produite par leur lancette était réinoculable; et je le leur reproche vivement, car ils avaient sous la main tout ce qu'on pouvait désirer pour que, négative ou positive, cette réinoculation tranchât la question qui nous occupe. Ils avaient une lésion primitive et véritablement *à l'état naissant*, puisqu'ils l'avaient fait naître, puisqu'ils l'avaient semée et en surveillaient la germination. Ils avaient, en outre, un sujet qui, après la première inoculation subie, n'en aurait certes pas refusé une de plus, même par vésication.

Mais ce qu'ils n'ont pas fait intentionnellement s'est trouvé réalisé une fois par hasard. Le sujet de la deuxième expérience de Waller eut une première lésion au point qu'on avait inoculé avec du sang de syphilitique, c'est-à-dire à la *cuisse gauche;* et cette lésion se manifesta, chez lui, le 31 août.

Or, à la date du 15 septembre, l'auteur écrit : « Depuis quelques jours, il s'est aussi formé à l'épaule droite un *tubercule* isolé, *gros comme un pois*, *rougeâtre* et *couvert de rares écailles*, sans que le malade puisse préciser le jour de la première apparition de cet accident. » — Les symptômes *constitutionnels* ne commencèrent que quinze ou dix-huit jours plus tard, le 1er octobre.

La parfaite conformité des caractères de cette lésion avec ceux de la lésion produite au point inoculé, est frappante. Le texte

dit, en effet, que cette dernière consistait « en deux *tubercules*, ayant *la largeur d'un pois*, d'une teinte *rougeâtre pâle*, qui, les jours suivants, *se couvrirent d'écailles.* »

Ce tubercule, disons mieux, cette lésion primitive de l'épaule, a singulièrement embarrassé les partisans de la contagiosité secondaire. Ricord en tirait avantage en demandant si, dans ce cas, l'inoculation n'avait pas prouvé trop pour prouver quelque chose? si l'on devait bien attribuer à la lancette une lésion dont la parfaite analogue naissait presque en même temps à un endroit où la lancette n'avait pas pu toucher?... Et les champions de Waller gardaient, sur ce point, un prudent silence.

Ils pourraient, très-physiologiquement, expliquer aujourd'hui ce fait par le dogme de la *réinoculabilité du chancre à l'état naissant.* C'en est là, selon moi, un exemple incontestable, quoique involontairement réalisé. L'enfant inoculé aura, par inadvertance, opéré avec ses ongles la réinoculation, de la cuisse gauche à l'épaule droite. La similitude parfaite de la lésion de la cuisse et de la lésion de l'épaule, l'apparition de cette dernière quelque temps après l'autre, l'impossibilité d'en comprendre autrement la production, tout vient à l'appui de la version que je propose.

Je sens tout ce qui manque à cette étude sur la réinoculabilité chancreuse. Outre le supplément de preuves expérimentales et cliniques qu'elle désire, elle aurait encore beaucoup d'autres problèmes à éclairer. Le fait de la *réinoculabilité précoce* étant admis, il resterait, entre autres questions, à rechercher : 1° quelles sont les conditions de provenance, et subsidiairement de forme, qui rendent une lésion primitive plus ou moins réinoculable ; 2° quelles sont l'incubation, les propriétés objectives, la durée de la lésion engendrée au point réinoculé, comparativement à l'incubation, aux propriétés, à la durée de la lésion génératrice. Qu'il me suffise, pour le moment, d'avoir mis ces questions à l'ordre du jour.

Je termine par une remarque qui paraîtra, sans doute, en opposition avec tout ce qui précède, mais où est cependant contenu le fond de ma pensée. En cherchant à prouver la réinoculabilité, dans certaines conditions, je n'en suis pas moins partisan de l'irréinoculabilité. Je crois, je maintiens, je professe, ce

que d'ailleurs l'expérimentation a démontré sans réplique : que la lésion primitive, à la période d'état, telle que, le plus souvent, les malades nous la présentent, est irréinoculable. Ce que j'ai cherché à déterminer, c'est le laps de temps durant lequel un individu qui vient de subir l'insertion du virus reste encore accessible à l'effet d'une nouvelle insertion. Tout ce que j'ai voulu prouver dans cette Note (complément de mon travail sur les réinfections), c'est que si, à un certain moment, après sa vérole terminée, un individu devient, *de nouveau*, capable de la prendre, il en est *encore* capable, au moment correspondant de la période opposée, c'est-à-dire avant la vérole faite (1).

(1) Ces mots *avant la vérole faite* signifient que, pour moi, au moment où la lésion primitive apparaît, l'intoxication est décidée, mais non réalisée ; elle est dès lors immanquable, mais elle n'est pas encore complète. L'on comprend ainsi comment la lésion primitive, le chancre à sa première période, à l'état naissant, est inabortible, sans pour cela devoir être réputé absolument irréinoculable.

NOTE II.

Sur la réinfection syphilitique (1).

Dans mon mémoire sur ce sujet (*Archives générales de médecine*, juillet et août 1862), j'avais distribué dans les trois catégories et selon les proportions suivantes, les faits de réinfection connus jusqu'alors :

1° Chancre et vérole pour effet du premier contact du virus ; chancre seul, pour effet du second contact . . . . 14 cas.

2° Chancre et vérole pour effet du premier contact du virus ; chancre et vérole atténuée, pour effet du second contact. . . . . 9 cas.

3° Chancre et vérole pour effet du premier contact du virus ; chancre et vérole plus forte, pour effet du second contact. . . . . 2 cas.

Toutes les observations qui, depuis la publication de ce travail, sont venues à ma connaissance, rentrent naturellement dans l'une ou l'autre de ces trois catégories. Je vais les rapporter telles que je les ai recueillies moi-même, ou qu'on me les a communiquées :

Obs. I. Un monsieur, âgé de 39 ans, a eu, il y a un an, un chancre induré médian du reflet balano-préputial. Il ne subit qu'un traitement incomplet, et eut ensuite une roséole, des plaques muqueuses dans diverses régions et une éruption croûteuse du cuir chevelu.

(1) Voyez p. 54.

Ayant la syphilis, il la transmit à sa femme, que j'ai vue atteinte encore d'un psoriasis palmaire spécifique.

Le 19 septembre 1862, je constatai chez lui un chancre induré situé du côté gauche du filet, et par conséquent à 2 centimètres et demi de distance du précédent. Au moment où je le vis, ce chancre existait depuis trois semaines. L'induration n'y était pas excessive, mais très-bien caractérisée, cependant. Il n'y avait point d'adénopathie inguinale.

Je n'ai pas revu ce malade.

Obs. II. M. C. V..., âgé de 23 ans, a eu, il y a cinq ans, étant à Marseille, un chancre induré; puis les symptômes syphilitiques ordinaires : plaques muqueuses amygdaliennes, céphalée, alopécie, etc.

Il a pris, il y a sept mois, un nouveau chancre, qui fut d'abord soigné à Montpellier, puis que M. le docteur A. Fournier traita et diagnostiqua comme « phagédénique induré. » Il n'y eut pas d'adénopathie.

Ce nouveau chancre dura trois mois.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis sept mois, ce malade, que j'ai vu le 13 juin 1863, n'a eu aucun autre symptôme de syphilis.

Obs. III. M. d'A... vint me consulter, le 27 septembre 1862, pour deux chancres datant de quinze jours, l'un mou, sur le limbe à gauche, l'autre induré, au reflet à droite.

Pendant que je l'examine, il me dit de lui-même : « Docteur, je n'ai pas de ganglions! » Surpris de la compétence que révélait cette initiative, je l'interroge, et j'apprends que, il y a trente-trois mois, il eut, à Paris, un chancre pour lequel il consulta M. le docteur Calvo, lequel lui ordonna des pilules mercurielles. Il les cessa trop tôt, et eut ensuite à l'anus, au gosier et au cuir chevelu, des plaques et une éruption, que mon ami le docteur Duchêne, qui le soigna alors, m'a dit être syphilitiques. — Bien entendu, je ne lui prescrivis pas de traitement interne.

M. d'A... est revenu me voir le 4 novembre 1862, bien portant, exempt de symptômes, et se félicitant de ce que, « *en vertu de mon dogme*, disait-il, j'eusse pu le dispenser du mercure, qu'un autre médecin lui eût certainement fait prendre! »

Obs. IV. M. Henri Lee rapporte (*the Lancet*, 13 septembre 1862) l'histoire suivante : Un gentleman eut un chancre syphilitique qui fut suivi d'une éruption générale de la peau. Il passa alors deux années aux Indes. A son retour, les traces brunes de l'éruption étaient encore légèrement reconnaissables. — Il contracta, à Londres, une nouvelle maladie et eut deux chancres indurés, circulaires, bien caractérisés sur le gland. Au bout de quelques semaines, ils furent suivis d'une poussée de lèpre syphilitique cuivrée, bien distincte des vestiges de l'ancienne éruption. »

Obs. V. Le 26 septembre 1862, M. le docteur Langlebert m'écrivant, à propos de mon mémoire sur *les Réinfections syphilitiques*, qu'il partage à peu près complétement mon avis sur ce point, ajoutait les lignes suivantes, auxquelles je conserve leurs soulignés expressifs :

« Aujourd'hui encore dans mon cabinet, il y a une heure à peine, j'étais en présence d'un malade qui porte les traces d'une syphilis contractée il y a 18 mois (taches d'ecthyma sur les jambes), et qui a actuellement sur la peau du prépuce (face dorsale, à un centimètre en arrière du limbe), un *magnifique induré*, SANS RETENTISSEMENT GANGLIONNAIRE. »

Enfin M. le docteur Rodet a bien voulu me communiquer l'observation suivante, que je me fais un devoir et un plaisir de transcrire telle qu'elle m'a été envoyée par cet estimable collègue :

Obs. VI. « M... X... vint me consulter, en mai 1860, pour un chancre induré du prépuce, accompagné d'adénites indurées dans les deux régions inguinales. Je le traitai par le mercure avant l'apparition des phénomènes généraux. Le traitement dura quatre mois et prévint les manifestations générales.

« En mai 1862, ce malade aperçut, quatorze jours après s'être exposé dans une maison publique, deux rougeurs siégeant dans le sillon préputial, à gauche ; — ces rougeurs s'étendirent les jours suivants, — on les cautérisa.

« Le 22 mai, il vint me consulter et je constatai une induration commençante sur ces deux points, mais pas d'adénite inguinale. Le cas me paraissant douteux, je fis panser les parties malades avec du cérat au calomel et j'attendis.

« Le 26 juin, je trouvai, à la place des deux rougeurs, deux indurations aussi caractérisées que possible et un léger engorgement inguinal induré, à gauche. — Un peu de courbature générale. Pas d'autre symptôme général, si ce n'est trois papules cornées dans la paume de la main droite et une quatrième dans la paume de la main gauche.

« *Prescription.* — Tisane de salsepareille et pilules de bichlorure hydrargyrique. Pansement des papules cornées avec de la pommade au proto-iodure hydrargyrique.

« Les indurations se dissipent peu à peu et les papules cornées disparaissent aussi peu à peu. Au bout de deux mois, tout a disparu, mais néanmoins je continue le traitement pendant deux autres mois. Le traitement est parfaitement supporté.

« Ce cas me paraît intéressant en ce qu'il prouve que le traitement mercuriel peut guérir la diathèse syphilitique avant même qu'elle se soit manifestée par aucun phénomène général. »

Obs. VII. Le 27 avril 1863, au moment de mettre sous presse, j'ai eu une nouvelle confirmation de l'*a-adénopathie* qui est le caractère des deuxièmes chancres.

Un confrère, âgé de plus de 30 ans, se présente dans mon cabinet et me dit :

« Monsieur, je suis un de vos auditeurs, un de vos élèves; et je viens vous demander si je puis espérer de guérir sans mercure une vérole dont je suis atteint. »

Je me fis alors raconter les détails de cette vérole; et j'appris que, vers la fin de décembre dernier, il avait eu un chancre du reflet, « chancre induré, bien induré, me dit-il, hélas! J'ai assez l'habitude d'en voir!

« — Et avez-vous suivi un traitement? lui demandai-je.

« — Du tout, me répond-il; parce que, il y a treize ans, j'avais eu déjà la vérole. Étudiant en médecine alors, j'eus un chancre induré, pour lequel on me fit immédiatement prendre 60 pilules au proto-iodure de mercure. Quatre mois et demi après, il me vint des croûtes des cheveux, et une plaque cuivrée sur la joue; les croûtes se reproduisirent pendant près de deux ans.

« — Voilà qui est bien, pour le passé, dis-je au confrère consultant. Mais à présent, en quoi consiste, actuellement, la vérole pour laquelle vous venez me demander avis?

« — Je crois, me dit-il, avoir quelque chose à la gorge. »

Je regardai, *reregardai*, et ne découvris rien, absolument rien, aucune lésion spécifique ni à la gorge, ni nulle autre part.

« Eh! lui dis-je alors, voyons les glandes inguinales?

« — Oh! je n'en ai pas eu du tout, cette dernière fois, » fit-il, comme se récriant.

En résumé, ce confrère eut, il y a treize ans, un chancre qui, ayant été traité spécifiquement, ne produisit consécutivement que des symptômes peu accentués, quoique bien caractéristiques. — Il y a quatre mois, il a eu un nouveau chancre induré. Ce chancre n'a pas été accompagné d'adénopathie. Enfin, quoique non traité spécifiquement, il n'a, depuis quatre mois, donné lieu à aucun symptôme spécifique général.

NOTE III.

Observations de syphilis guéries sans mercure (1).

J'ai déjà cité, dans le cours de mes leçons (2), plusieurs faits de ce genre. Ajoutés à ceux qui vont être rapportés, ils forment le total des guérisons complètes, ayant subi l'épreuve du temps, que j'invoque comme spécimen de l'efficacité de la méthode curative simple à laquelle on doit, selon moi, donner la préférence, dans les cas nombreux où elle est indiquée.

J'ai reproduit les observations suivantes, telles, à très-peu de chose près, qu'elles étaient consignées dans les notes que je prends, à chaque visite, sous les yeux, presque sous la dictée du malade. Le lecteur excusera, je l'espère, les imperfections d'une rédaction ainsi improvisée, en faveur des garanties d'exactitude qu'elle donne. En lisant dans mes notes mêmes, il assistera, pour ainsi dire, au travail de ma pensée : il cherchera, doutera, espérera avec moi, et finalement il aura appris tout ce que j'ai à lui enseigner, de la même manière que je l'appris moi-même.

J'ai dû, parmi les faits que ma pratique m'eût offerts plus nombreux, choisir exclusivement ceux qui remontent à une date ancienne. Ceux-là seuls, en effet, par la durée du temps de santé écoulé depuis l'apparition des derniers symptômes constitutionnels, pouvaient démontrer la solidité de la guérison.

(1) Voyez p. 156.
(2) Voyez ci-dessus, p. 22, 88, 163, 108.

Obs. I. Un jeune homme de 30 ans a eu, le 8 février 1855, un chancre du reflet. Je l'avais, de bonne heure, cautérisé; mais il persista et s'indura. — 1er avril, roséole générale, adénopathie sous-occipitale. Il ne suit aucun traitement, ne me consulte que le 30 mai. Je constate les traces, encore reconnaissables, de la roséole; plaques muqueuses amygdaliennes. Il n'accuse pas de prodromes (huile de foie de morue, bains sulfureux). Le 9 juin, je ne vois plus de roséole (l'huile répugne; sirop de raifort iodé). Le 27 juin; provoquée par des lotions froides réitérées, une légère plaque muqueuse existe à l'anus (lotions chlorurées et pommade au calomel). Le 27 juillet, il est, depuis huit jours, revenu des plaques muqueuses, amygdaliennes et anales. La récidive n'ayant lieu qu'aux mêmes endroits, et les ganglions occipitaux et inguinaux ayant beaucoup diminué, je me borne à cautériser. Une fois ma prescription faite, le malade me montre quelques squames palmaires et plantaires qu'il a depuis la première poussée, et qui, m'affirme-t-il, ont été, depuis lors, en diminuant. Ces détails m'autorisent à persister dans l'abstention de spécifiques. Le 9 août, plus rien au gosier, les squames diminuent. Le 1er septembre, depuis trois jours, il est encore revenu de faibles plaques muqueuses amygdaliennes (chocolat iodé, bains sulfureux, gargarisme alumineux). Le 7 septembre, amélioration marquée et apparente de l'état des forces. Le 28 septembre, il vient, par précaution, se soumettre à mon examen; je ne constate rien de morbide sur aucun point. Il me dit cependant qu'il lui est, depuis la dernière visite, revenu un peu de roséole; mais je n'en découvre pas de vestige. Le 2 novembre; il a beaucoup fumé; une plaque muqueuse au gosier, je la cautérise. Le 31 janvier 1856, retour, depuis quinze jours, d'une seule plaque à l'amygdale droite; cautérisation.

J'ai revu ce jeune homme plusieurs fois, notamment le 15 juillet 1856; puis, le 26 février et le 17 mars 1857, pour une blennorrhagie. Jusqu'à ces derniers temps enfin, j'ai eu avec lui des rapports qui m'ont permis de constater la solidité de sa guérison.

Obs. II. Un jeune homme de 21 ans, bien constitué, a, le 2 avril 1855, un chancre induré du filet. Je le traite uniquement par la solution de nitrate d'argent, et le tiens en observation. —

Le 17 juillet, il n'a eu, dit-il, depuis son chancre, que de violents maux de tête, revenant le matin, et de la douleur au gosier. J'y vois des plaques muqueuses que je cautérise ; et, contre la céphalée, bien qu'amoindrie à présent, j'ordonne l'iodure de potassium. Le 13 août, la découverte que j'ai faite de ses plaques muqueuses l'a effrayé ; il promet de venir me voir souvent, même alors qu'il n'aurait aucun mal. Effectivement, je ne constate aujourd'hui nul symptôme. Le 9 novembre, il a, depuis quinze jours, des plaques muqueuses à l'anus, et depuis quatre jours au gosier ; je les vois et les cautérise. Depuis un mois, me dit-il, les cheveux s'éclaircissent un peu (flanelle, bains de vapeur, lotions chlorurées et calomel, pour l'anus). Le 14 novembre, il y a déjà amélioration ; je trouve une adénopathie occipitale encore persistante (huile de foie de morue). Le 12 décembre, il me montre un peu de rougeur et comme une dépolissure derrière le pilier postérieur gauche du voile du palais (je la cautérise pour me rendre à son désir). Le 18 février 1856, il m'avoue n'avoir pas pris l'huile de foie de morue, et s'être livré à quelques écarts de régime, avoir passé des nuits sans se coucher ; malgré cela, il a engraissé, n'a plus d'alopécie ; il se plaint un peu du gosier, mais je n'y vois rien d'anormal. Le 31 mars, même état. Le 1er mai, revient pour une blennorrhagie. Le 14 mai, retour de plaques muqueuses au gosier (cautérisation).

J'ai revu ce jeune homme, le 5 juin et le 7 août 1856 ; le 18 juillet 1857, pour de petites végétations du reflet ; le 14 juin 1858, pour deux chancrelles, que je fis avorter au moyen de la pâte de Canquoin ; le 14 novembre 1858, puis le 10 mai 1859, pour de simples herpès (qui n'ont apparu que depuis qu'il a eu des chancrelles) ; le 26 septembre 1860, pour un bubon d'emblée. On voit qu'il me donnait toute sa confiance, et se plaisait à en multiplier les preuves. Je l'ai encore revu, à diverses reprises, ai souvent eu de ses nouvelles, par quelques amis qu'il m'adressait ; et je puis, en conséquence, répondre que sa guérison ne s'est pas démentie.

Obs. III. Un monsieur, âgé de 30 ans, a eu, le 9 juillet 1855, un chancre du prépuce. — Le 12 août, céphalée, prodromes (iodure de fer et iodure de potassium). Le 29 août, plus de prodromes ; il a *un* acné *capitis*, roséole abdominale, squames

palmaires, très-peu de plaques muqueuses au gosier (même prescription). Le 14 septembre, tout va mieux, sauf les plaques muqueuses, que je cautérise (j'ajoute au traitement 4 dragées de lactate de fer); alopécie. Le 22 septembre, très-bon état. Le 13 octobre, les squames palmaires ont pris une apparence cornée (manuluves alcalins). Le 3 novembre, amélioration des mains (manuluve émollient, et, immédiatement après, frictions avec la teinture d'iode). Les forces, l'appétit, la digestion sont en très-bon état. Le 22 novembre, les plaques muqueuses gutturales persistant, je les cautérise. Le 6 décembre et le 4 mars 1856, revu sans symptôme nouveau; les cheveux sont bien revenus.

J'ai revu ce malade à diverses reprises, assez souvent. Nous avons même des rapports habituels, obligés; et il a toujours répondu négativement à mes fréquentes questions sur les suites de sa vérole.

Obs. VII. Un épicier robuste, athlétique, insouciant et même impassible, 31 ans, a, le 6 septembre 1855, un chancre qui se cicatrise le 28 octobre. Le 15 novembre, je vois une éruption papuleuse générale, cuivrée, discrète, mais à larges papules. Céphalée, acnés *capitis*, mais pas d'adénopathie occipitale. Il a un frisson tous les soirs, à sept heures. (Il y a dix ans, il avait eu une fièvre intermittente, qui persista dix-huit mois.) Je prescris l'iodure le soir, et 5 décigr. de sulfate de quinine le matin. Le 25 novembre, la fièvre a cessé ainsi que la céphalée; l'éruption papuleuse a déjà diminué; plaques muqueuses à l'anus. Le 2 décembre, plaques muqueuses, peu apparentes, sur l'amygdale gauche. Le 16 décembre, bon état. Le 30 décembre, il se plaint de douleurs vagues dans les bras (deux bains de vapeur). Le 18 janvier 1856, les douleurs sont guéries; il ne me consulte que pour une bronchite.

Le 3 février, le 24 août, le 22 février 1857, puis à plusieurs autres reprises, tout récemment encore, j'ai revu ce brave homme, dont presque toute la famille m'a consulté. Toujours je l'ai trouvé parfaitement guéri de sa syphilis, dont le début avait cependant été assez grave, et dont sa forte constitution a si efficacement triomphé.

Obs. IV. M... a eu un chancre le 15 juillet 1855, puis le 22 août

une roséole générale, papuloïde, que l'iodure dissipa rapidement : en même temps, acnés *capitis*, adénopathie occipitale; un peu plus tard, squames palmaires, adénopathie sus-épitrokléenne, plaques muqueuses anales et gutturales. (Bains sulfureux, frictions avec la pommade au tannin, pilules de Vallet, vin de quina.) — Le 14 septembre, l'éruption a pris de plus en plus la forme papuleuse. Malgré cette poussée intense, les prodromes ont promptement disparu, les forces générales restent intactes — Le 22 septembre, l'éruption a pâli, les squames palmaires s'effacent. Contre une démangeaison ancienne des bourses, j'ordonne un bain avec 10 grammes de sublimé. (Continuation de la médication tonique.) — Le 6 octobre, la syphilide a encore pâli. (Je cautérise les amygdales, peu malades cependant, bains de vapeur.)— Le 20 octobre, un peu de céphalée. (1 gramme d'iodure par jour.) — Le 27 octobre, la céphalée a cessé. — Le 2 décembre, à la suite d'un voyage où il a traversé des pays couverts de neige, les plaques muqueuses gutturales sont revenues, ainsi qu'une seule papule cuivrée au front. (Cautérisation.) — Le 29 décembre, ces lésions sont guéries : il a contracté une chancrelle. — Le 4 et le 9 janvier 1856, retour de plaques muqueuses superficielles à l'anus et au gosier. — Le 1er mars, il m'écrit qu'il se porte très-bien, sauf les suites d'une adénite causée par sa chancrelle. — Le 20 mars, plus de signes de syphilis; mais il a pris une blennorrhagie, et en même temps il offre 8 ou 10 pustules de varicelle, dont l'éruption a été accompagnée d'un mouvement fébrile. — Le 28 mai, il lui est revenu des plaques muqueuses aux amygdales pour avoir trop fumé et s'être exposé à un courant d'air. En même temps, la place des anciennes squames palmaires a un peu rougi. — Le 13 octobre 1856, il vient me consulter pour une nouvelle blennorrhagie.

Le 23 mai, le 2 juillet 1857, et plusieurs fois encore, j'ai eu occasion de rencontrer, d'interroger ce client dont la bonne santé spéciale n'a pas été troublée de nouveau.

Obs. V. Un jeune homme de 21 ans prit, le 17 juillet 1855, un chancre du fourreau. Le 14 septembre, douleurs vagues, surtout au sternum. (Iodure de potassium.) — Le 11 octobre, acnés *capitis*, adénopathie occipitale volumineuse, papules du front, larges taches de roséole. (Huile de foie de morue, chocolat

bromo-ioduré.) — Le 20 octobre, la roséole a pâli; il est venu des plaques muqueuses très-peu apparentes au gosier et à l'anus; quelques légers tubercules muqueux à l'angle des narines. (Cautérisation.) — Le 21 octobre, les engorgements ganglionnaires occipitaux persistent.— Le 24 février 1856, à quelques vestiges de roséole et à une céphalée dont il accuse encore un reste, je soupçonne qu'une récidive a eu lieu. — Le 26 octobre 1856, je le revois sans aucuns symptômes; il me consulte pour une déchirure simple du filet. — Je le revois encore le 7 août, le 21 octobre 1857, le 6 août 1858 et pour une blennorrhagie récente.

J'ai encore revu ce malade le 28 octobre 1858, le 29 mai 1859 et enfin le 9 octobre 1861; il n'avait jamais rien eu de syphilitique depuis lors, mais venait me consulter pour des craintes imaginaires et quelques blennorrhagies trop réelles.

Obs. VI. Un monsieur de 26 ans, qui, par suite d'une disposition héréditaire, devient chauve depuis trois ou quatre ans, a eu trois chancres indurés, vers le 1er septembre 1855. Vers la fin d'octobre, il lui vient une roséole papuloïde générale, acnés *capitis*. Un médecin de Lyon lui ayant dit qu'il ne pourrait guérir sans mercure, il vient me demander si je ne pouvais pas l'exempter d'en prendre. « Essayons, » lui répondis-je après examen. (Limaille de fer, huile de foie de morue, vin de quinquina.) Le 11 novembre, l'éruption a déjà un peu pâli. — Le 26 novembre; dès le 15, il est survenu une nouvelle poussée de larges plaques papulo-squameuses avec céphalée et brisement des forces; je le vois (le 26) d'autant plus découragé que, à la vue de cette récidive, son ancien médecin l'a fortement adjuré de consentir à prendre du mercure. (Bains sulfureux, iodure de potassium, nourriture plus substantielle qu'il ne la prenait.) — Le 10 décembre, l'éruption est restée la même. — Le 31 décembre, pour la première fois, quelques plaques muqueuses occupent le gosier et l'anus. (Cautérisation.) — Le 7 janvier 1856, l'éruption a à peine diminué de teinte. — Le 22 janvier, nouvelles plaques muqueuses aux amygdales, aux lèvres, à la langue. (Cautérisation.) — Du 8 février au 19 mars, il n'a que quelques faibles poussées aux muqueuses. — Le 19 mars, il a des contractures du biceps brachial droit. (Iodure, bains de vapeur.) — Le 22 avril, la contracture a rapidement disparu. — Le 13 juin, encore une

éruption de plaques muqueuses buccales. (Usage habituel de l'eau de Challes.) — Le 9 juillet, grande amélioration de la bouche, quelques lassitudes musculaires. (Un peu d'iodure tous les deux jours.) — Le 25 juillet, il a pris la gale. — Le 9 septembre, très-faibles plaques muqueuses dans divers points de la bouche; puis le 9 décembre, récidives de ces mêmes plaques. Depuis cette époque, les forces reviennent. — Le 22 juin 1857, encore de très-superficielles plaques muqueuses. — Le 11 mai 1858, il me consulte pour un pytiriasis scrotal simple.

Je revois ce malade le 7 février, puis le 21 février 1859, pour diverses éruptions dartreuses; — le 7 décembre 1860, pour un *herpes præputialis;* — le 29 novembre 1861, pour une hémoptysie. (J'ordonne, par forme d'essai, de l'iodure, qui ne procure aucune amélioration.) — Je l'ai enfin vu, en octobre 1862, pour une nouvelle bronchite. Il n'avait, depuis cinq ans, eu aucun symptôme syphilitique.

Obs. VIII. — Un négociant, âgé de 24 ans, a eu un chancre le 20 décembre 1855, — le 26 janvier 1856, prodromes, légère roséole. — Le 2 février, acnés *capitis*, adénopâthie occipitale; la roséole occupe presque tout le corps, mais elle est très-peu foncée, simple rougeur à la gorge. (Iodure tous les 2 jours, gargarisme astringent). — Le 29 février, la roséole persiste au même degré, plus de prodromes (plus d'iodure, 6 pilules ferrugineuses de Vallet, par jour). — Le 29 mars, la roséole commence à diminuer, mais il y a de nouveau céphalée et quelques vagues lassitudes musculaires; quelques anciennes taches roséoliques palmaires et plantaires sont devenues un peu squameuses (reprise de l'iodure, bains sulfureux). — Le 23 avril, la céphalée et les lassitudes ont passé au bout de quelques jours, il reste une glande occipitale (huile de foie de morue); l'alopécie, qui avait commencé il y a un mois, continue. — Le 6 mai, plus de douleurs, ni aucun autre signe de syphilis, mais l'alopécie augmente (hydrothérapie, quina et fer). — Le 17 juin, les sourcils et les cils commencent à tomber. Il est apparu, pour la première fois, quelques plaques muqueuses buccales; les squames palmaires ont augmenté; il y a quelques contractures musculaires. (Voyant cette persistance, je prescris deux pilules de 5 centigr. de proto-iodure de mercure par jour). — Le 26 juin;

le malade n'a pas pu se décider à prendre les pilules; il part pour les bains de mer. Je constate un eczéma simple de l'aisselle et du pli génito-crural. — Le 24 juillet, du dévoiement l'a affaibli, les cheveux tombent encore (opium, alimentation exclusivement animale). — Le 2 août, il me consulte pour une blennorrhagie. — Le 9 août; la peur qu'il a de cet accident, les délayants que je lui ordonne, quoique mitigés, et le dévoiement qui continue, agissent de concert pour entretenir l'alopécie; d'ailleurs, il n'y a à présent aucun symptôme caractéristique de syphilis. (Iodure de fer, eau de Saint-Alban.) — Le 2 septembre, il s'est manifesté, au bout de la langue, deux plaques muqueuses que je cautérise. Le dévoiement a cessé; les cheveux cessent de tomber. — Le 20 novembre, le bon état continue; les forces reviennent. — Le 20 décembre, il me consulte pour un herpès simple du prépuce. — Le 14 janvier 1857, un léger embarras gastrique a encore interrompu le mouvement de régénération capillaire qui avait franchement recommencé. (Eau de Vichy (source Lardy), conserve de roses, infusions amères.)

J'ai revu ce jeune homme le 9 avril, puis le 17 juin 1857, le 10 mai 1860, enfin le 24 septembre 1862, pour des herpès d'abord, en dernier lieu pour une chancrelle. Rien de syphilitique n'a reparu; il est en parfaite santé. Ses cheveux et ses poils ont depuis très-longtemps regagné leur aspect normal.

Obs. IX. Un jeune homme de 21 ans, assez faible de constitution, s'est aperçu le 19 janvier 1856, d'un petit bouton sur le filet. Le 27, je vois une érosion, que je crois être une chancrelle; je la cautérise avec la pâte de Canquoin. — Le 9 février, cette cautérisation abortive a échoué, je constate de l'induration avec son adénopathie caractéristique. — Le 17, l'ulcère est presque guéri. — Le 28 mars, céphalée, raideur du cou, roséole très-superficielle. (Iodure, ferrugineux). — Le 7 avril, la roséole n'a pas augmenté. —Le 22 avril, la roséole est effacée, plus de céphalée; il vient me consulter pour une blennorrhagie. — Le 9 mai, il vient des plaques muqueuses à l'anus (traitement local par la liqueur de Labarraque et le calomel). — Le 26 mai, les plaques muqueuses ont guéri en six jours. — Le 23 septembre, n'ayant pas eu de nouvel accident syphilitique

jusque-là, il accuse un peu d'alopécie existant depuis dix jours; mais ce n'est qu'un herpès tonsurant. Le 28 novembre, il me consulte pour un *herpes præputialis*, rien de syphilitique. — Le 13 avril 1857, il vient se plaindre d'avoir de la lassitude aux jarrets et des raideurs au cou. – « Vous avez eu des raideurs au cou? lui dis-je. — Oui, Monsieur, me répond-il : j'en *ai eu une.* » (Bains de vapeur, eau de Saint-Alban avec le citrate de fer.) Le 31 mai, il croit avoir quelque chose à l'anus, mais je n'y trouve qu'un eczéma chronique simple, peu intense.— Le 11 août, quelques végétations, suite de sa blennorrhagie. — Le 31 janvier 1858, il revient pour une nouvelle blennorrhagie. — Le 10 août, un de ses amis me dit de sa part qu'il est toujours bien portant.

Enfin, j'ai revu ce jeune homme le 10 novembre 1861, et le 15 octobre 1862, toujours pour la blennorrhagie ou quelques éruptions dartreuses; il n'a pas eu de nouvelles poussées de syphilis.

Obs. X. M. V..., jeune homme de 22 ans, eut, le 2 février 1856, une érosion du gland, qui ne commença qu'un mois après le coït. Il y avait si peu d'induration que je la pris d'abord pour un chancre simple. — Le 11 mars, l'induration n'a que peu augmenté. — Le 25 mars, il lui est survenu depuis huit jours, des rougeurs sur le ventre et les bras. Je constate une roséole peu marquée, légère céphalée et brisement des membres. Le malade a une très-forte constitution. — Le 8 avril, la roséole n'a pas pris une teinte plus foncée.

J'avais perdu de vue ce client, lorsque le 1er février 1858, il se présenta de nouveau dans mon cabinet. Il me dit qu'aucun nouveau symptôme, qu'aucun mal qu'il pût croire vénérien ne s'était déclaré depuis sa dernière visite. Il venait me consulter pour deux insignifiantes petites végétations du réflet balano-préputial.

Malgré cette absence prolongée de symptômes, un médecin de Paris, à qui il avait eu occasion de conter ses antécédents, lui avait affirmé qu'il serait tôt ou tard forcé de suivre un traitement dépuratif. « Mais, me dit mon client, alors rassuré par deux ans de bonne santé, ce n'était qu'un petit médecin du passage du Saumon! »

Obs. XI. Un jeune homme de 23 ans me fut adressé par mon cher et estimé confrère le docteur Philipeaux. Il venait d'avoir sur le reflet préputial une lésion ulcéreuse, à caractères tellement peu prononcés que, malgré un peu d'adénopathie inguinale, elle me laissa dans le doute sur sa nature. Nous attendîmes sans donner de mercure; et le 19 octobre 1857, 103 jours après le début de la lésion primitive, il vit se déclarer et me montra une roséole générale légère survenue sans aucuns prodromes (pas de traitement, si ce n'est quelques bains sulfureux).

Le 13 novembre, il me fit voir quelques plaques muqueuses superficielles des amygdales (cautérisation). — Le 24 novembre, la roséole a beaucoup diminué. Les plaques muqueuses existent encore (nouvelle cautérisation).

Depuis lors, je revis ce malade le 4 janvier, le 3 et le 10 juin 1858, pour quelques herpès préputiaux paraissant à certains intervalles et qui, malgré leur peu de durée et leur disparition spontanée, l'inquiétaient, comme cela est assez ordinaire. Mais jamais je ne pus reconnaître ni aux organes génitaux, ni dans la bouche, ni ailleurs, de symptômes de syphilis.

Le 21 mars 1861, il revint me voir et me raconta que, exempt de toute trace de son ancienne maladie, il avait eu, en septembre 1860, quelques hémoptysies; qu'un médecin, d'après ses antécédents, crut devoir lui administrer de l'iodure de potassium; mais que ce médicament essayé, quitté, repris, à doses variables, ne fit chaque fois qu'exaspérer les accidents du côté de la poitrine. — Je donnai mes soins à ce malade; et le séjour à la campagne, le lait d'ânesse, l'huile de foie de morue, l'eau de Léchelle, employée contre quelques nouvelles hémoptysies, ont très-sensiblement amélioré son état. Pendant ce traitement, je n'ai observé aucun accident pouvant être rapporté à sa syphilis de 1857.

Obs. XII. Un jeune homme de vingt-huit ans, lymphatique, me consulta, le 7 septembre 1857, pour une *écorchure* du gland, datant de quatre ou cinq jours. (Il mentionne, comme cause possible, deux coïts l'un il y a six jours, l'autre il y a quinze jours.) Ignorant, par conséquent, la durée de l'incubation, et ne voyant pas encore d'induration ni d'adénopathie, je tentai la cure abortive au moyen de la pâte de chlorure de zinc. Je la laissai *quatre heures* en place. — Le 23 septembre, la cicatrice, après la cauté-

risation, s'était à peu près complétement formée. Mais elle s'est, depuis trois jours, excoriée; de plus, je trouve une adénopathie inguinale à gauche. — Le 8 novembre, il a une roséole depuis quinze jours; je constate qu'elle est générale, mais par taches peu colorées et non saillantes : légères plaques muqueuses scrotales; il y a eu peu de céphalée, acnés *capitis*, adénopathie occipitale (dragées à l'iodure de fer). — Le 1er décembre, la roséole est presque entièrement effacée; il n'y a qu'une plaque muqueuse de l'amygdale gauche (cautérisation, pilules ferrugineuses de Vallet). — Le 24 janvier 1858, pas de nouvelles éruptions; les forces sont intactes; trois plaques muqueuses, l'une amygdalienne, la seconde au pli génito-crural, la troisième (squamoïde) au gland (cautérisation). — Le 7 mars, il va très-bien, s'est seulement aperçu d'un peu d'alopécie. Je l'examine et ne trouve qu'une seule petite plaque muqueuse à la lèvre inférieure, plaque mal caractérisée et ressemblant plutôt à une *coupure* de la lèvre contre l'une des incisives qui est cassée (lactate de fer). — Le 10 juin 1858, il est revenu quelques plaques muqueuses à la langue, à la lèvre supérieure et au palais (cautérisation, huile de foie de morue pour quelques engorgements persistant encore à l'occiput). — J'ai revu ce malade, le 12 décembre 1858, pour quelques inquiétudes sans motif fondé sur l'état de sa bouche; puis le 2 avril 1862, et encore le 10 décembre 1862. Il revenait me consulter pour une blennorrhagie. Aucun nouveau symptôme de syphilis ne s'était, depuis lors, présenté, ni n'existait chez lui lors de cette dernière visite.

Je veux aussi faire connaître, par deux exemples cliniques, jusqu'où l'on peut aller, impunément pour le malade, dans la temporisation, dans l'abstention du mercure. Peut-être aujourd'hui, serais-je plus réservé, n'attendrais-je pas aussi longtemps avant de me décider à administrer le spécifique. Mais je dois me borner à livrer ici ces faits tels que je les observai à l'époque de mes premiers essais.

Obs. XIII. Un jeune homme de 18 ans et demi, maigre, s'enrhumant aisément, a eu deux chancres indurés du reflet, le 10 juillet 1855. — Le 29 août, je lui vois une éruption *papuleuse* générale, existant depuis quatre jours; il y a eu des prodromes (4 pilules ferrugineuses de Vallet, et iodure de potassium 1 gr.

par jour, bains sulfureux). Sa pâleur, habituellement assez forte, a augmenté et il a des palpitations; squames palmaires. — Le 15 septembre, plus de céphalée, les papules ont diminué. — Le 4 octobre, récidive d'une éruption papuleuse, localisée à l'hypochondre gauche; plaques muqueuses labiales; les squames ont augmenté (même traitement; huile de foie de morue). — Le 25 octobre, l'éruption de l'hypochondre a disparu par l'emploi d'une pommade au soufre et au tannin; mais il en est survenu une autre, également localisée, sur la fesse gauche; en outre, de la céphalée et des plaques palatines sont survenues (quoique le malade ne fume plus depuis trois mois). — Le 25 octobre, la céphalée a diminué, l'éruption pâlit. — Le 15 novembre, des papules larges et bien cuivrées se sont manifestées au bas des jambes, ainsi que de larges plaques ulcérées en dedans de la lèvre inférieure. En présence de cette nouvelle récidive, j'ordonne 10 centigr. par jour de proto-iodure de mercure, en deux pilules.

Je n'ai revu ce malade que trois ans après, le 7 octobre 1858. Il me dit qu'il prit 240 pilules, et qu'il n'eut pas, depuis lors, d'accidents sérieux. Il était bien guéri lorsque je le revis.

Obs. XIV. — Un monsieur, âgé de 30 ans, bien constitué, eut, le 30 octobre 1856, un chancre induré. Je ne le vis que le 16 décembre, atteint depuis 8 jours d'acnés *capitis*, de roséole confluente. Il n'a eu aucun prodrome, seulement un peu de pesanteur de tête (pilules ferrugineuses de Vallet.) — Le 27 décembre, la pesanteur de tête a cessé. La roséole persiste et tend, dans plusieurs points, à prendre la teinte vineuse des macules. — Le 31 décembre, il se plaint pour la première fois de la bouche, où je ne vois qu'une rougeur un peu plus vive qu'à l'état normal. — Le 13 janvier 1857, depuis 8 jours, l'état chloro-anémique s'est révélé par des signes très-sensibles, quoique tardifs : céphalée, éblouissements, lassitude des jarrets, prostration générale; l'éruption a presque disparu, il est survenu quelques plaques muqueuses à l'anus. (J'administre l'iodure de potassium.) — L'iodure, délivré *par un mauvais pharmacien*, me dit ce malade en revenant le 30 janvier, n'avait aucune autre saveur que celle de l'eau. Aussi les symptômes de prostration chloro-anémique se sont-ils aggravés jusqu'au 25, époque où ils sont restés stationnaires. — Le 8 février, ayant pris de l'iodure dans une

autre officine, il a immédiatement observé l'effet du remède sur ces symptômes chloro-anémiques ; j'y ajoute 1 gramme de citrate de fer par jour). — Le 10 mars, les forces reviennent. Mais depuis 4 jours, il est survenu des squames palmaires, et 3 jours après, une plaque muqueuse à l'amygdale gauche. — Le 7 avril, ses forces sont restaurées au point qu'il recherche de nouveau le coït, et a contracté une blennorrhagie. — Le 16 avril, de nouvelles squames palmaires se prononcent, croûtes aux narines, les cheveux n'ont pas encore cessé de tomber; leur chute semble redoubler depuis 10 à 12 jours. — Le 12 mai, l'alopécie est devenue stationnaire. — Le 20 juin 1858, tout allait bien depuis longtemps, la chevelure avait repris son ancienne abondance. lorsqu'il est revenu encore des squames palmaires, et quelques plaques muqueuses au bord droit de la langue. (Eau de Bondonneau, bains de vapeur, cautérisation.) — Le 9 mars 1859, j'apprends que ce malade a eu un enfant, non légitime; et l'enfant, que je vois 4 mois après sa naissance, a depuis plusieurs semaines une syphilide érythémateuse. (Il a succombé depuis lors, en partie à la syphilis, en partie au défaut de nourrice.) — Le 21 mai 1859, le malade a de nouveau de légères plaques blanches opalines à la langue et des squames palmaires assez peu prononcées. (Iodure de potassium.) — Le 17 octobre 1859, plaques muqueuses avortées de la langue, quelques acnés *capitis*, ravivement des squames palmaires, un peu de céphalée. (Il prend de lui-même, de temps en temps, un peu d'iodure.) — En mai 1860, encore une très-légère récidive. (Elles ont toujours eu lieu aux changements de saison.)

J'ai revu ce malade le 4 juillet 1862. Il n'avait, me dit-il, plus rien eu depuis sa dernière visite. Je l'examinai et le trouvai, en effet, exempt de symptômes; mais je ne répondrais pas des suites.

Je consignerai encore ici la relation d'un cas où le mercure ordonné par moi fut positivement refusé par le malade, qui n'a pas eu, en définitive, à se louer de sa résistance à mes conseils.

Obs. XV. M. Mon..., âgé de vingt-sept ans, dont l'enfance avait été éprouvée par quelques mouvements fébriles, et ayant eu, à dix-sept ans, une fièvre cérébrale, a eu le 25 mai 1859 un chancre. Vers le 15 juillet, il survint des *impetigos capitis*, taches larges *maculeuses* sur l'abdomen, lassitudes des mem-

bres, peu d'adénopathie occipitale, une seule petite plaque muqueuse palatine, pas d'alopécie. — Le 4 août, jugeant surtout d'après l'aspect de l'éruption, je conseille le mercure. Le malade refuse de s'y soumettre (iode, ferrugineux). — Le 12 août, rien de nouveau n'a paru. — Le 25 août, même état; les plaques persistent et se desquament. — Le 8 septembre, les cheveux commencent à tomber; depuis trois jours, il y a des plaques muqueuses amygdaliennes. — Le 21 septembre, l'alopécie continue, deux plaques muqueuses à l'anus (dragées à l'iodure de fer). — Le 21 octobre, l'alopécie persiste, plaques muqueuses labiales. — Le 15 novembre, tiraillement dans les jarrets, un peu de céphalée (iodure de sodium). — Le 5 décembre, la céphalée a cessé au bout de cinq jours. Je continue l'iodure de sodium jusqu'au 23 février 1860. — Le 5 avril, une plaque muqueuse de l'amygdale gauche, un peu de céphalée (iodure de fer, amers, lait bourru. — Le 21 juillet, encore quelques plaques muqueuses dans plusieurs points de la bouche; il s'est décidé à aller faire une saison à Bagnères-de-Luchon. L'un des médecins des eaux, M. le docteur X, lui a dit, après examen, qu'il pouvait se marier. — Le 6 décembre, je le revois pour un bubon d'emblée, aucun symptôme syphilitique. — Le 12 avril 1862, léger retour de prodromes et plaques muqueuses linguales : il a la jaunisse. — Le 1er septembre, je trouve une albuginite syphilitique survenue depuis vingt jours (iodure de potassium et 10 centigrammes de proto-iodure de mercure par jour). — Le 21 octobre, amélioration très-notable et très-rapidement obtenue de l'engorgement testiculaire. — Le 16 mars, l'engorgement du testicule n'est pas encore guéri : le traitement a été assez irrégulièrement suivi.

Je dois dire que, durant la dernière année, ce malade avait été affaibli par des excès de coït.

Enfin, j'ai à citer, comme spécimen de cas assez nombreux de ce genre, un fait de syphilis qui fut méconnu, et qui guérit sans le secours du traitement spécifique.

Obs. XVI. Un jeune homme vient, le 24 juin 1855, me consulter pour une blennorrhagie. Pendant que j'en étais à lui écrire son ordonnance, il me parla incidemment d'un mal de gorge *qui ne voulait pas passer*. J'examine et je trouve deux légères plaques muqueuses amygdaliennes.

Pressé alors de questions, il se souvint et me dit avoir eu, quinze mois auparavant, un petit bouton au filet : « Mais ce n'était pas un chancre ! » ajouta-t-il immédiatement.

« Et ensuite, repris-je, n'avez-vous pas eu, quelques mois après, une éruption? — Oui, me répondit-il, il me vint, en effet, des taches sur la peau ; mais le médecin me dit que c'était une rougeole. » Cependant, interrogé, il déclara que cette éruption ne s'accompagnait pas de prurit, qu'il n'avait eu alors, ni fièvre, ni inappétence ; il se rappelle seulement quelques maux de tête et un peu d'affaiblissement pendant une quinzaine. La prétendue *rougeole* disparut d'elle-même, au bout de quinze à vingt jours. Il survint alors un mal de gorge, qui cessa après deux mois, et reparut ensuite, à divers intervalles, mais de plus en plus faible.

D'après ces renseignements, que, comme on voit, je sus me faire donner très-précis, il est indubitable que ce jeune homme a eu la vérole ; que cette vérole, méconnue par son médecin, a dû à cette heureuse ignorance d'être affranchie du mercure ; que cependant elle a été en déclinant graduellement puisque, à l'époque où je le vis, il ne lui restait que de légères plaques gutturales, et un peu d'alopécie. — (L'effet de ma découverte fut tel qu'un des amis de ce jeune homme, qui l'avait accompagné dans mon cabinet, voulut, à toute force, que je lui examinasse aussi la gorge, à lui. S'il y a un âge où, comme l'a dit Ricord, on est toujours en incubation de quelque chose, on sait, depuis mon Mémoire sur les *Syphilis imperceptibles*, qu'on peut avoir la vérole sans qu'il y paraisse. Mais je n'eus pas, cette fois, la chance de faire coup double.)

Pour en revenir à mon malade, je dois dire que, flatté de l'attention que j'avais donnée à son histoire, il me tint soigneusement au courant des suites. Un gargarisme au sublimé et l'abstinence de tabac guérirent en peu de temps son gosier. Le 1er juillet, il n'avait presque plus rien. Le 3 décembre, je l'examinai de nouveau ; il était complétement guéri. La chevelure avait repris son épaisseur normale.

Je l'ai encore revu le 3 octobre 1858, et il m'a déclaré n'avoir pas eu d'autres symptômes depuis sa dernière visite. J'en constatai moi-même alors l'absence complète.

NOTE IV.

Sur les accidents apoplectiformes survenant durant le cours d'une syphilis traitée par les spécifiques (1).

Commençons par mettre sous les yeux du lecteur un résumé des faits dont nous tâcherons ensuite de déterminer la signification étiologique.

Obs. I. Un homme de 66 ans, affecté autrefois de chancres, puis de pustules, d'ulcères du gosier, et de douleurs ostéocopes, eut une attaque d'apoplexie qui laissa un embarras de la prononciation, une déviation des traits de la face, et des vertiges continuels. Les symptômes syphilitiques persistaient encore. Sangsues de dix en dix jours, séton, purgatifs : 1 centigramme puis 4 de sublimé par jour. Guérison des douleurs de la tête et des membres ainsi que des ulcérations, et aussi du bredouillement. Le malade suspend son traitement : au bout d'un mois, retour de tous les symptômes; et nouvel accident apoplectique. — La reprise du traitement mercuriel dissipe complétement les douleurs de tête. — Suspension itérative du traitement. Des accidents apoplectiques reparaissent et l'un d'eux emporte le malade. Pas d'autopsie. (Delpech, D. chir., t. p, 392.)

Obs. II. Un homme de 26 ans, après divers accidents primitifs traités par 1 gramme 25 de cyanure de mercure, plus 125 grammes d'onguent napolitain, et de la liqueur de Van Swieten durant six mois, eut des pustules sur tout le corps avec alopécie.

(1) Voyez p. 165.

On lui donna alors 76 grammes d'iodure de potassium et 8 grammes d'iode en neuf semaines. Le testicule s'étant engorgé, on employa le muriate d'or, trois mois. Il y eut alors des symptômes de congestion cérébrale, qui ne disparurent qu'à la suppression du traitement. Une tumeur gommeuse s'était déclarée à l'angle de la mâchoire.

Un mois après la cessation du traitement, le 14 juin 1834, une série de symptômes cérébraux, incessamment croissante, commença : accès épileptiformes, contracture des membres, hémiplégie à droite, affaiblissement des sens. La mort eut lieu le 24 juin.

Sur la demande de M. Reynaud, de Toulon, chef de service, M. Marchand analysa, par le procédé de MM. Devergie et Orfila, le cerveau, la moelle, des muscles de la jambe et un tibia; le cerveau seul présenta des indices de la présence du mercure à l'état de chlorure. (Séance de l'Académie de médecine de Paris du 16 février 1836.)

Obs. III. J'ai vu, moi-même, en juin 1857, et soigné, de concert avec M. le docteur Mon..., une femme de 37 ans, que son mari avait infectée. Elle portait des ulcères tertiaires sur le dos et les bras, et avait le palais osseux perforé. Nous l'avions traitée, et en grande partie guérie, de ces accidents par l'iodure de potassium; après quoi, un cautère avait été appliqué et maintenu au bras. Depuis quelque temps, sa mémoire s'affaiblissait et son intelligence semblait plus lente, lorsqu'un matin, on la trouva frappée d'hémiplégie, sans perte de connaissance. Après une saignée et des révulsifs, le traitement fut repris d'abord avec l'iodure et le mercure, plus tard par le mercure seul. Mais bien que docilement pris et parfaitement supportés, ces médicaments n'exercèrent jamais aucune influence sensible sur le rétablissement des fonctions cérébrales. L'hémiplégie diminua graduellement, comme il est ordinaire de l'observer, même en l'absence de traitement, chez les apoplectiques. L'intelligence, au conraire, s'affaissa de plus en plus; et cet état tout à fait apyrétique persévéra jusqu'au moment où la malade succomba à une nouvelle attaque du même genre. Pas d'autopsie.

Obs. IV. Un jeune homme eut un chancre induré, en mars 1856.

Traitement incomplet : pustules plates, alopécie. Au commencement de 1857, traitement spécifique très-régulier de trois mois. En août 1857, céphalée, surtout à droite, s'exaspérant la nuit, bourdonnements, somnolence, vertiges, incertitude de la marche. En février 1858, ces symptômes s'aggravent presque subitement. Le 13 de ce mois, le malade a, au réveil, une hémiplégie à gauche, sans perte de connaissance. Cette paralysie complète va bientôt en diminuant. Vers cette époque, le malade eut un sarcocèle syphilitique. Le 18 avril, on constate : paresse de l'intelligence, embarras de la parole, diminution de l'ouïe et de la vue. Pas de contractures, mais tremblement fréquent de tout le corps. Céphalée diminuée mais presque constante à droite, pouls à 68 (amers, purgatifs, révulsifs à la nuque).

Le 8 mai, on ordonne un traitement mercuriel et ioduré, qui n'avait pas modifié sensiblement l'état du malade, lorsque tout à coup, il se plaint d'une céphalée plus vive ; et le 18 mai, il est de nouveau frappé d'hémiplégie du même côté, sans abolition de l'intelligence, parole très-embarrassée, bouche un peu déviée à droite, respiration stercoreuse. En cinq jours, le malade mourut.

L'autopsie montra l'absence de tubercules dans le cerveau aussi bien que d'exostoses au crâne ; dans la pulpe cérébrale, peut-être un peu de ramollissement, surtout dans l'hémisphère droit. (M. Teissier, *Gaz. méd.*. de Lyon, 1858, p. 346.)

Obs. V, VI, VII, VIII. M. Rodet déclare avoir observé quatre faits entièrement semblables à celui de M. Teissier. « On essaya, dit-il, successivement chez ces malades, l'iodure de potassium, les préparations d'or ; toutes ces médications échouèrent. Deux de ces malades succombèrent. M. Rodet en fit l'autopsie avec le plus grand soin, et ne trouva rien dans les centres nerveux, pas même la plus légère diminution de consistance de la pulpe cérébrale. (*Gaz. méd. de Lyon*, loc. cit.)

Obs. IX, X, XI. M. Faurès a également communiqué à la Société de médecine de Toulouse trois observations d'hémiplégie apoplectiforme chez des sujets syphilitiques, où la mort fut la terminaison de la maladie. Dans un dernier cas seulement (*Journal de médecine* de Toulouse, février 1859), ce praticien a obtenu

la guérison. Elle a été entièrement due à l'iodure de potassium : car le mercure, qu'on avait d'abord employé seul, n'avait produit, en 3 semaines, aucune amélioration, quoique donné durant ce temps à la dose quotidienne de 10 centigrammes de proto-iodure.

J'ai pu réunir ces divers cas comme offrant une assez grande ressemblance avec ceux d'apoplexie par hémorrhagie cérébrale. Ils s'en distinguent néanmoins par trois caractères : l'*absence de perte de connaissance; l'absence de fièvre; et l'absence d'altération cadavérique;* différences importantes, et qui, à elles seules, suffiraient pour faire soupçonner quelque chose de particulier dans la cause qui a produit les désordres.

D'ailleurs, dans tous ces cas, on note également des accidents syphilitiques, antécédents ou concomitants (et le plus souvent les uns et les autres) parfaitement caractérisés ; et si bien caractérisés, de nature si évidemment syphilitique que le traitement spécifique les modifie de la manière la plus rapide.

Et cependant, au milieu de tous ces symptômes qui cèdent aux spécifiques, les désordres cérébraux résistent. Non-seulement le traitement iodo-auro-mercuriel le plus complet n'avait pas prévenu les troubles de l'innervation (V. l'obs. de M. Reynaud où ces trois remèdes avaient été prodigués) ; mais, une fois développés, il se montre impuissant contre eux. Non-seulement il ne les fait pas rétrocéder, mais il les laisse progresser ; car souvent même on voit, durant sa continuation, ces troubles revêtir une forme plus grave et aboutir à une terminaison funeste.

N'y aurait-il donc là qu'une simple coïncidence? qu'une apoplexie *chez des syphilitiques?...* On l'admettra difficilement en présence du nombre des faits que nous avons reueillis; en présence du jeune âge de la plupart des sujets; en présence surtout des trois circonstances qui différencient si profondément leur histoire clinique de celle d'une apoplexie vulgaire. Pourquoi, par exemple, à la suite d'une hémiplégie franche, ne trouve-t-on, chez eux, à l'autopsie, aucune lésion appréciable du cerveau?

Ces considérations nous semblent prouver que la syphilis a joué un rôle pathogénique certain dans la production de ces désordres nerveux. Or, ce rôle, quel est-il? et est-il le seul dont il y ait à tenir compte?

Quel est-il? Ce ne sera point, selon nous, la banale exostoxe intra-crânienne, que presque tous les auteurs allèguent, dans des cas pareils, comme cause des symptômes. Car nous savons, par des milliers de faits consonnants, que l'iodure de potassium exerce sur de tels accidents l'influence à la fois la plus prompte et la plus heureuse. Or, ici, on les voit, au contraire, s'aggraver durant l'administration de ce médicament. — Seconde raison, et meilleure encore que celle-ci déjà excellente : M. Teisier, M. Rodet, M. Reynaud ont cherché en vain cette exostose dans des autopsies faites avec le plus grand soin, à l'hôpital, publiquement, en présence de nombreux élèves.

Mais si nous sommes, en conséquence, conduit par exclusion à présumer qu'il peut y avoir eu ici une action directe et purement dynamique du virus syphilitique sur les centres nerveux, nous ne saurions pour cela admettre que cette action soit la seule cause dont il faille tenir compte. Trop d'observations nous montrent la part morbigène que les spécifiques ont prise, pour qu'il nous soit possible de la méconnaître ou de la dissimuler. Eh quoi! presque tous ces malades ont été gorgés de mercure, d'or, d'iode; par là, les syphilides, les plaques muqueuses, l'iritis, etc., s'amendent et guérissent; mais la perturbation cérébrale s'allume au contraire. On continue les spécifiques; et elle progresse, pour ainsi dire, jusqu'à ce que mort s'ensuive! Et l'on voudrait fermer les yeux sur une filiation aussi claire entre le résultat et la cause!... Ne nous rendons pas coupable d'une inconséquence aussi volontairement entretenue. Faisons la part, je le veux, des dispositions individuelles. Reconnaissons, s'il le faut, que, sans l'influence connexe et antérieure de la syphilis sur les centres nerveux, le mercure, l'or, l'iode, n'auraient peut-être pas exercé une action pareille. Mais ne nous faisons pas sur l'innocuité de sembables agents, dans de telles conditions, des convictions optimistes dont l'effet serait de multiplier des événements sur lesquels il est temps que la science s'éclaire si elle veut éviter d'avoir à en rougir.

Le mercure, l'or, l'iode ne sont-ils pas, d'ailleurs, unanimement reconnus comme capables d'exciter la congestion cérébrale? Quant à l'or, en premier lieu, c'est là un des phénomènes les plus hâtifs et les plus ordinaires que ses partisans signalent comme effet typique de son administration. — Pour l'iode, les vertiges, les

éblouissements, l'excitation mentale ont été si souvent observés à la suite de son ingestion à doses médicamenteuses, qu'on a dû créer, pour cet ordre de symptômes, un nom particulier, celui *d'ébriété iodique* (1), état parfois tellement dangereux qu'il s'est terminé par le suicide. — Enfin le mercure peut-il être considéré comme entièrement innocent des troubles consécutifs à son emploi, lorsqu'on relit l'observation précédemment rapportée de M. Reynaud, observation qui révéla la présence de ce métal dans le cerveau et rien que dans le cerveau? lorsqu'on se rappelle cette femme ascitique qui, pour avoir, en 1839, dans le service de Lisfranc, employé en frictions la dose quotidienne de 500 grammes d'onguent mercuriel, tomba dans un véritable hébètement simulant la stupidité des aliénés, état qui ne céda qu'à la cessation des frictions? lorsqu'enfin on lit dans la communication déjà citée de M. Rodet que ce médecin « déclare avoir vu trois fois le traitement mercuriel provoquer une hémiplégie semblable à l'hémiplégie hémorrhagique franche? »

Qu'y aurait-il, d'ailleurs, d'extraordinaire à ce que trois médi-

(1) Entre plusieurs exemples que je pourrais citer, je choisis le suivant, observé chez une personne intelligente, de sens froid, où la répétition du phénomène à jour et presque à heure fixes donne à ce résultat toute la rigueur d'une expérience physiologique.

OBS. XII. Une dame âgée de 23 ans, que j'ai, après plusieurs confrères, soignée à diverses reprises de la syphilis constitutionnelle transmise par son mari, a conservé deux exostoses au tibia gauche. Elles sont, depuis deux ans environ, le siége de douleurs extrêmement pénibles, que la nuit et la chaleur exaspèrent.

Pour ces altérations, elle a usé de l'iodure de potassium, qui d'abord la soulagea sans aucun accident. Cependant, les douleurs revinrent. Et voici maintenant ce qui arrive : Dès qu'elle prend de l'iodure, *quelque faible qu'en soit la dose*, elle éprouve des pesanteurs d'estomac très-supportables, et en même temps une douleur fixe dans la tête, douleur qui s'accompagne d'éblouissements, et « *elle sent alors*, dit-elle, *comme si elle allait devenir folle.* » A peine cesse-t-elle l'iodure que, au bout d'un jour, ces symptômes sont presque entièrement dissipés, et au bout de trois jours, il n'en reste plus trace.

Ma malade a fait cet essai huit à dix fois, depuis le neuf juin 1856 jusqu'en juin 1858. Elle y est, en quelque sorte, obligée, quoiqu'elle soit sûre de ce qui va avoir lieu, parce que, dès qu'elle discontinue l'emploi de l'iodure, la jambe redevient extrêmement douloureuse. Mais elle n'a jamais pu s'habituer à l'action du remède.

caments très-capables chacun d'amener un état de congestion encéphalique, puissent-la porter à un degré compromettant pour la vie lorsqu'ils sont pendant longtemps administrés ensemble, sous des formes diverses susceptibles de réaliser les composés chimiques les plus propres à élever au maximum leur action délétère ?

Concluons donc, mais sans vouloir pour celà priver la thérapeutique d'un seul de ces agents héroïques :

1° Que en règle générale, le praticien ne doit pas prodiguer sans méthode les divers spécifiques ; qu'il y a des préceptes à suivre pour décider le choix à faire, dans telle ou telle circonstance, en faveur de tel ou tel d'entre eux ;

2° Que dès qu'il se manifeste des troubles, même fort légers, de l'intelligence ou de la motilité, il faut apporter la plus grande modération dans l'administration des spécifiques, et n'en augmenter la dose que si l'on reconnaît, à ne s'y point méprendre, que la dose inférieure a produit une amélioration réelle dans les symptômes qui caractérisent la lésion de l'innervation.

3° Enfin qu'il faut surtout éviter de donner, sans nécessité, l'iode et le mercure soit ensemble, soit très-peu de temps l'un après l'autre (Rodet). On sait d'ailleurs que l'iode s'élimine beaucoup plus vite que le mercure : raison puissante pour commencer par lui le traitement, dans les cas où l'indication serait douteuse ; car si l'iode est reconnu impuissant, ou pourra, fort peu de temps après l'avoir cessé, employer le mercure ; ce qui ne serait point permis si l'on avait débuté par ce dernier métal qui demeure beaucoup plus longtemps dans l'organisme.

NOTE V.

Sur la pathologie de la syphilis tertiaire (1).

La syphilis tertiaire ne doit pas être considérée comme l'une des périodes, l'un des temps d'évolution d'une maladie. C'est un état pathologique distinct, que ses caractères cliniques, que son traitement différencient suffisamment d'avec la maladie à laquelle on aurait le plus de tendance à le comparer, d'avec la syphilis secondaire.

Ainsi la syphilis secondaire peut être produite à volonté sur un individu quelconque (hors l'immunité due à une syphilis antérieure) ; — la guérison radicale est sa terminaison la plus ordinaire ; — enfin ses lésions sont contagieuses.

Tout au contraire, pour ce qui regarde la syphilis tertiaire, il est impossible soit de la produire à volonté, soit de prévoir dans quels cas elle aura lieu ; — elle se perpétue et s'éternise le plus souvent, en dépit de tous les remèdes (2) ; — enfin ses lésions ne sont pas contagieuses.

Si l'on rapproche l'un de l'autre les deux groupes des carac-

(1) Voyez p. 207.

(2) En présentant la syphilis tertiaire comme particulièrement réfractaire à la thérapeutique, je n'entends pas soutenir qu'elle est incurable dans le sens absolu du mot; je veux seulement dire, et c'est déjà une sentence assez grave, qu'on n'a pas plus d'espoir de guérir une syphilis parvenue à ce degré, qu'on n'en a de guérir une dartre, un rhumatisme.

tères que je viens d'énumérer, on reconnaîtra que ceux de la syphilis secondaire appartiennent à la classe des affections virulentes, ou intoxications par sécrétion morbide (vaccine, fièvres éruptives, clavelée); tandis que ceux de la syphilis tertiaire appartiennent à la classe des diathèses (dartres, rhumatisme).

La syphilis tertiaire n'est, en effet, que la syphilis qui d'intoxication est devenue diathèse, qui de l'état essentiellement transitoire a passé à l'état essentiellement permanent.

Mais cette transformation n'ayant pas lieu, tant s'en faut, chez tous les syphilitiques, le pathologiste doit se demander à quelle cause elle est due.

Est-ce à un excès de durée de la période secondaire?... Non : telle vérole persiste trois ou quatre ans sous forme de simples lésions secondaires, de plaques muqueuses, par exemple, sans que pour cela elle passe nécessairement ensuite à l'état de syphilis tertiaire.

Est-ce à l'absence de traitement spécifique ?... Non encore. L'observation indépendante nous apprend que la syphilis tertiaire arrive aussi souvent après l'omission qu'après l'emploi des spécifiques pendant l'état secondaire.

Le véritable agent du *tertiarisme*, la cause qui, sur vingt syphilitiques condamnés à temps, en marque trois ou quatre pour subir leur peine à perpétuité, c'est sans doute le degré variable de force du virus; mais c'est surtout le degré variable de résistance que l'organisme de tel ou tel sujet oppose à l'action de ce virus. Les individus originairement doués de peu de résistance vitale, ou chez qui cette résistance a été affaiblie soit par l'âge ou des dyscrasies, soit par la privation d'air pur, de nourriture, de sommeil, soit par des écarts de régime ou des passions déprimantes, ces individus verront plus souvent leur syphilis passer à l'état permanent, à l'état de diathèse.

L'expérience, vérifiant ces données rationnelles, confirme, par l'impuissance des médicaments, ce que je dis de la ténacité toute spéciale de cet état. Le mercure, malgré son titre de spécifique, échoue à peu près invariablement. L'iode, palliatif admirable, n'est qu'un palliatif. Pour guérir, s'il se peut, une diathèse, ce n'est pas trop de l'action prolongée de toutes les influences reconstituantes ; ce n'est pas trop d'un changement radical et du-

rable de nourriture (1), de résidence, parfois de profession, en un mot de toutes les habitudes sociales et morales: là seulement est le secret et l'espoir de l'extinction du mal. — C'est ce que peu de malades savent comprendre; ce qu'un moins grand nombre encore consent à exécuter; cause additionnelle de la rareté des cures radicales de syphilis tertiaire.

(1) Le régime diététique, dit *traitement arabique*, qui m'a procuré des guérisons remarquables, agit directement dans ce sens.



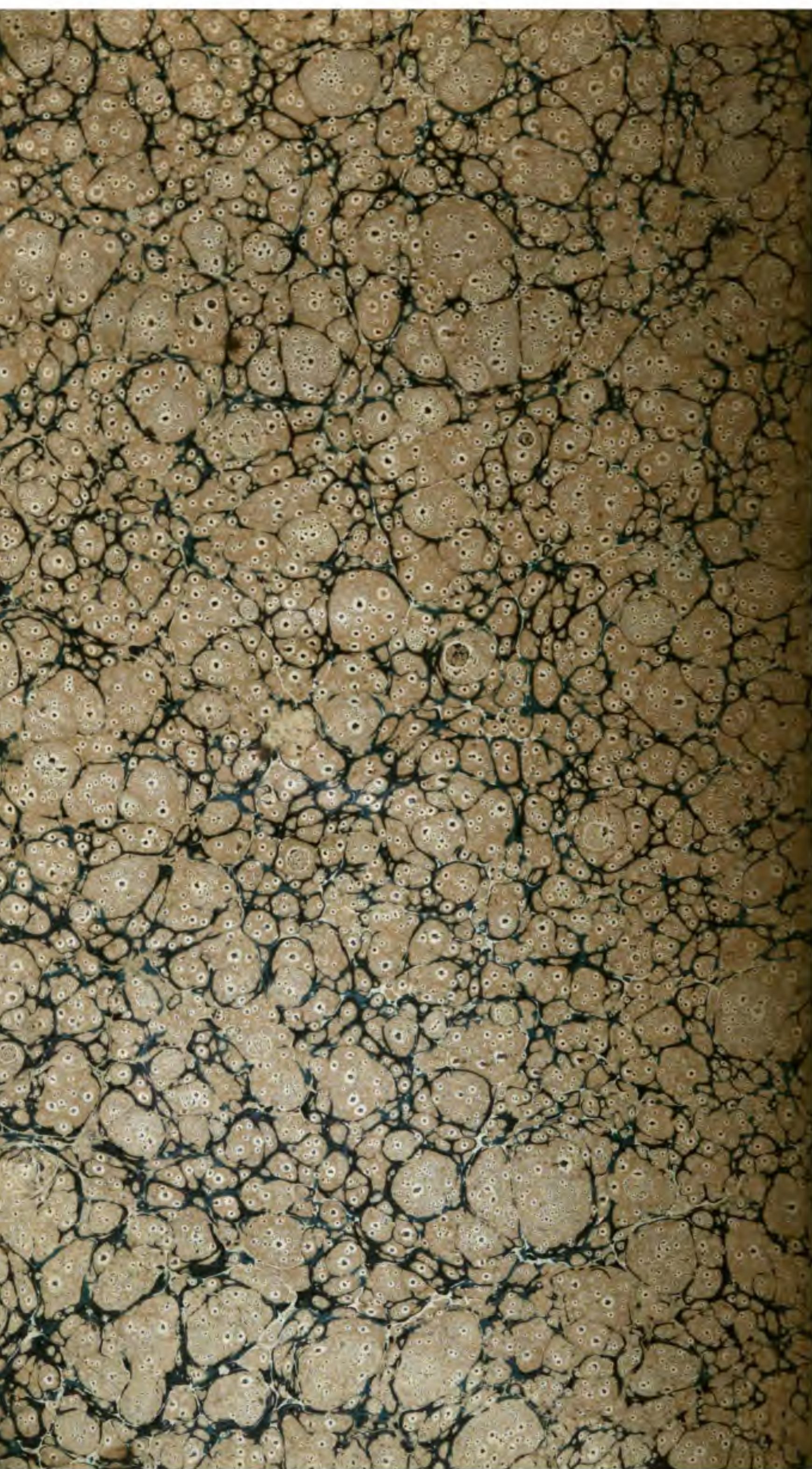
TABLE DES MATIÈRES

DEUXIÈME LEÇON.

Symptomatologie des syphilis faibles ou fortes.

TROISIÈME LEÇON.

Thérapeutique des syphilis faibles ou fortes.




COUNTWAY LIBRARY
HC 1GDE U





